

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

374

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1898, à 9 heures*

Par JULES SAÏAS

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DE LA

## MÉTRITE CHRONIQUE DU COL

CONSÉCUTIVE A SA DÉCHIRURE

(ÉTUDE CLINIQUE — TRAITEMENT)

*Président : M. BERGER, professeur.*

*Juges : MM. DELENS,*

*BOUILLY,*

*POIRIER,*

*} agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N<sup>o</sup>

374

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1898, à 9 heures*

Par JULES SAÏAS

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DE LA

## MÉTRITE CHRONIQUE DU COL

### CONSÉCUTIVE A SA DÉCHIRURE

(ÉTUDE CLINIQUE — TRAITEMENT)



*Président : M. BERGER, professeur.*

*Juges : MM. DELENS,  
BOUILLY, } agrégés.  
POIRIER, }*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Doyen** ..... M. BROUARDEL.  
**Professeurs** ..... MM.

|                                                                    |                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.....                                                   | Ch. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BLANCHARD.     |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           | DEBOVE.        |
|                                                                    | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | LANNELONGUE.   |
| Anatomie pathologique.....                                         | CORNIL.        |
| Histologie.....                                                    | MATHIAS DUVAL. |
| Opérations et appareils.....                                       | TERRIER.       |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             | POUCHET.       |
| Thérapeutique.....                                                 | LANDOUZY.      |
| Hygiène.....                                                       | PROUST.        |
| Médecine légale.....                                               | BROUARDEL.     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | LABOULBENE.    |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | CHANTEMESSE    |
|                                                                    | POTAIN.        |
| Clinique médicale.....                                             | JACCOUD.       |
|                                                                    | HAYEM.         |
|                                                                    | DIEULAFOY.     |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | GRANCHER.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | FOURNIER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies nerveuses.....                               | RAYMOND.       |
|                                                                    | DUPLAY.        |
| Clinique chirurgicale.....                                         | LE DENTU.      |
|                                                                    | TILLAUX.       |
|                                                                    | BERGER.        |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | PANAS.         |
| Clinique des voies urinaires.....                                  | GUYON.         |
| Clinique d'accouchements.....                                      | PINARD.        |
|                                                                    | BUDIN.         |

## Agrégés en exercice

| MM.            | MM.                   | MM.                                   | MM.       |
|----------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------|
| ACHARD         | GAUCHER.              | MARIE.                                | SEBILEAU. |
| ALBARRAN       | GILBERT.              | MENETRIER.                            | THIERY.   |
| ANDRÉ.         | GILLES DE LA TOURETTE | NELATON.                              | THOINOT.  |
| BAR.           | GLEY.                 | NETTER.                               | TUFFIER.  |
| BONNAIRE.      | HARTMANN.             | POIRIER, Chef de travaux anatomiques. | VARNIER.  |
| BROCA.         | HEIM.                 | RETERER.                              | WALTHER.  |
| CHARRIN.       | LEJARS.               | RICARD.                               | WEISS.    |
| CHASSEVANT.    | LETULLE.              | ROGER.                                | WIDAL.    |
| Pierre DELBET. | MARFAN.               |                                       | WURTZ.    |

*Secrétaire de la Faculté : PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON GRAND-ONCLE

*Il fit beaucoup pour mon bonheur ;  
il ne m'a pas été donné hélas !  
de rien faire pour le sien.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage d'éternelle reconnais-  
sance et de profonde affection.*

A MON EXCELLENT ONCLE S. SAÏAS  
ET A MA CHÈRE TANTE

*Mes paroles n'exprimeront jamais  
toute ma reconnaissance affec-  
tueuse pour la tendresse et la  
sollicitude dont ils n'ont cessé  
de m'entourer depuis de longues  
années.*

A MES FRÈRES ET SOEURS

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR BOUILLY

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage de son élève reconnaissant  
et dévoué.*

DE LA

# MÉTRITE CHRONIQUE DU COL

CONSÉCUTIVE A SA DÉCHIRURE

---

## AVANT-PROPOS

Nous avons à cœur de témoigner ici notre respect et notre reconnaissance aux maîtres qui, grâce à leur enseignement théorique et pratique, nous ont préparé à la carrière qu'ils remplissent avec tant de dévouement et d'éclat.

Dès notre arrivée à Paris, nous avons eu l'honneur d'entrer, comme externe, dans le service de M. le professeur Brouardel où nous avons pu profiter des leçons médicales faites au lit des malades, par M. le Dr Richardière et MM. les professeurs agrégés Charrin et Gilles de la Tourette. M. le Dr Labadie-Lagrave a été ensuite notre chef, et c'est sous sa direction bienveillante que nous avons fait nos premières armes en gynécologie. Que tous ces maîtres intérimaires veuillent bien agréer nos sincères remerciements pour l'intérêt qu'ils nous ont porté.

A l'hôpital St-Louis, M. le D<sup>r</sup> Danlos nous a initié à l'étude difficile des maladies de la peau : nous garderons toujours le meilleur souvenir de l'année que nous avons passée auprès de lui.

Notre maître M. Bouilly, dont nous sommes fier d'avoir été l'élève, nous a fait l'honneur de s'intéresser à ce travail, et a mis à notre disposition les ressources de son admirable service, qu'il a bien voulu nous ouvrir de nouveau cette année. Outre les conseils précieux qu'il nous a prodigués, il nous a constamment témoigné une bienveillance dont nous sentons tout le prix, et que nous n'oublierons jamais. Nous n'entreprendrons pas de remercier ce maître à qui nous devons tant, ayant conscience de la faiblesse de notre plume à traduire les sentiments de notre cœur.

M. le professeur Pinard, bien que la liste de ses élèves fût complète, nous a accordé une place d'externe à la clinique Baudelocque ; nous avons ainsi pu suivre son enseignement magistral et nous familiariser avec la pratique des accouchements : qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude.

A ses côtés, nous avons eu la bonne fortune d'entendre les conférences gynécologiques si intéressantes de M. le professeur agrégé Segond, qu'il nous a été donné d'assister souvent dans ses interventions chirurgicales : ce maître s'est montré pour nous particulièrement aimable, et nous sommes heureux de l'en remercier ici. Merci également à M. le D<sup>r</sup> Lepage, professeur agrégé, et à MM. les D<sup>rs</sup> Bouffe

de Saint-Blaise et Baudron, accoucheurs des hôpitaux, dont le concours ne nous a jamais fait défaut à Baude-locque.

MM. les professeurs agrégés Gilbert et Tuffier, ainsi que M. le D<sup>r</sup> Thévenard, qui nous ont donné plusieurs témoignages de sympathie, ont droit à toute notre reconnaissance.

Nous ne saurions oublier dans ces lignes que, pendant notre passage à l'Institut Pasteur, nous avons reçu l'enseignement de M. Roux, ainsi que de M. Metschnikoff : nous prions ces savants éminents d'agréer l'expression de nos sentiments respectueux et reconnaissants.

Que tous nos maîtres des hôpitaux et de l'Ecole de Marseille, et particulièrement MM. les professeurs Combalat, Queirel et Villard, veuillent bien recevoir l'assurance de notre sincère attachement.

A notre président de thèse, M. le professeur P. Berger, nous offrons, avec nos remerciements, l'hommage de notre gratitude.

J. SAÏAS

Paris, juillet 1898.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## INTRODUCTION

Médecins et chirurgiens ont, depuis quelques années surtout, tellement exploité le champ des métrites, qu'il peut paraître au moins superflu, à l'heure actuelle, de s'y aventurer de nouveau.

Cette vaste question de la pathologie utérine n'est peut-être pas, cependant, aussi bien connue, de la généralité des praticiens, qu'on serait tenté de le croire. C'est que la métrite, en effet, comme on l'a dit, est « un protée dont on doit connaître chaque forme, car à chaque forme doit correspondre un traitement rationnel (1) ».

Or, parmi celles-ci, il en est une dont la fréquence, en raison même de son étiologie, est extrême, et qui nous a semblé donner lieu, très souvent, non seulement à une fausse interprétation des lésions, mais parfois aussi, à des difficultés sérieuses de diagnostic : nous voulons parler de la *métrite consécutive à la déchirure du col*.

Comme cette affection détermine, d'une façon à peu près constante, l'apparition, à la surface des lèvres cervicales, d'une sorte de perte de substance, d'une *fausse* ulcération, on prend généralement celle-ci pour une ulcération *réelle*, et on s'évertue à la faire disparaître. En mé-

(1) P. REYNIER, Traitement des métrites. *Semaine gynécologique*, 7 juin 1898, p. 177.

connaissant la pathogénie de la lésion qu'on a sous les yeux, en y voyant l'unique cause de tous les troubles morbides, la thérapeutique se trouve, forcément, égarée : de là, les cautérisations multiples et variées, depuis le nitrate d'argent, jusqu'au fer rouge.

Si ce traitement n'avait d'autre inconvénient que son inutilité, ce serait, relativement, peu de chose ; malheureusement, il contribue, dans bien des cas, à aggraver l'état local et à le rendre essentiellement chronique.

En outre, la *pseudo-ulcération* à laquelle nous venons de faire allusion, affecte, quelquefois, une telle physionomie, que, sans la connaissance parfaite des aspects divers qu'elle peut revêtir, on croit à l'existence d'un *cancer* du col. Il est même des circonstances où ce diagnostic devient réellement impossible, cliniquement.

Ce sont ces faits, dictés à la fois, par la lecture attentive de plusieurs observations et le peu d'expérience que nous avons pu acquérir en gynécologie, qui nous ont engagé à entreprendre cette étude et nous ont paru devoir lui donner un certain intérêt.

Tracer le tableau clinique de l'affection, établir un diagnostic différentiel aussi complet que possible, décrire le traitement à mettre en œuvre, selon les cas, tel est le but que nous avons poursuivi.

## CHAPITRE PREMIER

### De quelques particularités histologiques du col utérin.

Tous les traités classiques d'anatomie renferment une description détaillée de la structure du col de l'utérus : aussi, n'est-ce point notre intention de reprendre entièrement cette étude.

Nous voulons, simplement, signaler et mettre en lumière quelques particularités histologiques, de conquête récente, et dont la connaissance nous semble de nature à mieux nous faire comprendre la production des déchirures cervicales, et à nous expliquer, d'une façon assez inattendue, un point d'anatomie pathologique.

C'est de la musculature de l'utérus qu'il s'agit. Bien des auteurs (Kœlliker, Henle, Landzert, Kreitzer, etc.), se sont occupés de cette question, depuis la publication du célèbre mémoire de Hélie, en 1865 ; mais, ils semblent, presque tous, avoir gardé un trop fidèle souvenir du travail de leur illustre devancier, dont ils ont reproduit les grandes lignes. C'est ainsi que Tourneux et Hermann (1) assignent au col de l'utérus la disposition musculaire suivante : « Il y a d'abord, disent-ils, une couche externe longitudinale dont les fibres se continuent en haut avec celles de la

(1) *Dict. Dechambre*, 1886, art. Utérus, p. 663.

surface du corps, en bas avec les tuniques musculieuses du vagin, de la vessie et de l'urèthre. Vient ensuite une couche circulaire, la plus puissante des trois, et qui représente un renflement de la couche musculaire sous-muqueuse du corps. En dedans, on aperçoit des faisceaux longitudinaux ou obliques qui suivent la direction des ramifications des arbres de vie et se continuent avec les fibres verticales sous-muqueuses du corps. Ces faisceaux émettent des prolongements à leurs extrémités avec les fibres sphinctériennes entourant la cavité cervicale. »

D'après cette description, qui répondait à l'opinion des divers auteurs, le col utérin était donc considéré comme un organe entièrement formé de tissu contractile et possédant une couche circulaire *très puissante* et des *fibres sphinctériennes*.

Peu satisfaits de ces notions surannées et classiques, Waldeyer (1), Hofmeier (2), entreprennent de nouvelles recherches.

M. Varnier (3) reprend la question de son côté, et avance que : « si fort qu'on étende les coupes du col, on ne peut arriver à en séparer les éléments les uns des autres. Le tissu du col reste compact ».

Il est certain que cette constatation ouvrait des hori-

(1) WALDEYER, *Medianschnitt einer Hochschwangeren bei Steisslage des Fœtus*, 1886.

(2) HOFMEIER, *Das untere Uterinsegment in anatomischer und physiologischer Beziehung*, 1886.

(3) VARNIER, Le col et le segment inférieur de l'utérus, etc. *Annales de gynécologie*, 1887 p. 56.

zons nouveaux : elle permettait déjà de supposer que si, contrairement à ce qui a lieu pour le corps et le segment inférieur, le col reste *indissociable*, c'est probablement aussi que sa structure intime n'est pas la même.

Un travail d'Acconci (1) (de Turin), paru en 1890, devait commencer à vérifier l'exactitude de cette hypothèse.

Cet auteur, en effet, fait des préparations à la safranine et à l'acide chromique (qui colorent les fibres musculaires en rouge feu, et les fibres élastiques en violet foncé) et arrive à des conclusions bien différentes de celles de ses prédécesseurs : pour lui, « les fibres musculaires sont très rares dans le col », tandis que les fibres élastiques y sont « très nombreuses et grosses ».

Les vieilles doctrines sur la musculature du col étaient déjà fortement ébranlées par ces révélations, lorsque Fieux vint leur porter un dernier coup de massue. Armé de procédés de coloration sûrs, cet auteur voulut contrôler les assertions diverses qui avaient été émises sur la question, et surtout, celles d'Acconci.

En 1897, dans un mémoire (2) des plus intéressants, remarquable de netteté et de précision, Fieux expose le résultat de ses recherches, en apportant des reproductions photographiques de ses coupes histologiques. Loin de confirmer la prétendue découverte de l'auteur italien, il la déclare erronée, et démontre, pièces en mains, que,

(1) ACCONCI, *Arch. de Tocol.*, Paris, 1890, XVII, p. 799.

(2) FIEUX, *Etude hist. de la muscul. intrins. de l'ut.*, Bordeaux, 1897, Delmas édit.

quel que soit l'état physiologique de l'utérus et dans tous les points de cet organe, « les faisceaux élastiques sont *d'une rareté excessive* ». Il a utilisé, pour la mise en évidence de ce tissu, le réactif à l'orséine acide, préconisé par Taënzer, et d'une si grande précision. Quant aux fibres musculaires, Fieux a recours, pour les déceler, au procédé de Van Jieson, à la fuchsine acide picriquée, ainsi composée :

|                                                   |                |
|---------------------------------------------------|----------------|
| Solution saturée aqueuse d'acide picrique . . . . | 100 cent. cub. |
| Solution aqueuse de fuchsine acide à 1 0/0. . . . | 5 —            |

(Colorer 4 à 5 minutes.)

Voici ses conclusions, en ce qui concerne la dernière partie du col, la seule qui nous intéresse ici : « Si nous arrivons maintenant à l'insertion vaginale du col, dit-il, nous voyons que tous les éléments longitudinaux, obliques, circulaires, avancent d'abord un peu vers le centre, mais s'infléchissent bientôt pour se jeter dans le vagin dont ils vont constituer la musculature.

Quelques faisceaux circulaires et longitudinaux accompagnent un peu les faisceaux qui descendent vers la portion sous-vaginale, mais *aucun ne pénètre dans le museau de tanche proprement dit.*

Celui-ci, on peut s'en convaincre facilement à l'examen de nos préparations, n'est donc qu'un *bloc conjonctif*, formé de fibres très fines et très délicates ayant toutes une direction longitudinale. »

Ainsi, nous voilà loin de la théorie de Hélie et de la description classique, donnée par Testut lui-même, qui parle

d'une couche de *fibres musculaires* circulaires, occupant toute la hauteur du col et *constituant la presque totalité du museau de tanche* (1).

Ce dernier segment ne contient pas de fibres musculaires, voilà, entre autres données intéressantes, ce que nous apprend le travail de Fieux. Ajoutons que ces détails de structure s'appliquent aussi bien à l'utérus de fœtus, à l'utérus adulte non gravide, qu'à l'utérus puerpéral et parturient.

S'il en est ainsi, le museau de tanche ne saurait avoir de résistance active, comme les organes musculaires, ni être atteint, comme eux, de ce que l'on a appelé : *rigidité spasmodique*. Lorsqu'on le suppose en état de *spasme*, c'est qu'il s'agit simplement d'un « défaut de dilatation ».

Ne trouvons-nous pas, dans ces considérations histologiques, tous les éléments voulus pour saisir comment le col, ou si l'on veut le museau de tanche, dilaté insuffisamment et brusquement attaqué, ne peut se laisser traverser qu'en se déchirant ? Selon la remarque de Fieux, il est possible de forcer et de dilater rapidement un orifice musculaire, tel l'anus, parce qu'il possède cette propriété remarquable et précieuse qui est : l'élasticité. Le museau de tanche, formé uniquement de tissu conjonctif, est incapable de se prêter, aussi complaisamment, aux mêmes manœuvres ; il résistera donc *passivement*, jusqu'à ce qu'un

(1) TESTUT, *Traité d'anat.*, 2<sup>e</sup> édit., p. 1083.

effort subit, ou par trop violent, le fasse éclater, au lieu de le dilater.

Point n'est besoin désormais, par conséquent, nous semble-t-il, de faire intervenir la faiblesse des commissures du museau de tanche ou la présence de nombreux vaisseaux à leur niveau, pour expliquer les déchirures cervicales : la structure de l'organe suffit amplement à nous en donner la raison. Nous comprenons, également, pourquoi dans certains accouchements, des hémorrhagies persistent, après la délivrance, malgré la présence du *globe de sûreté* : les lèvres cervicales proprement dites, dépourvues de fibres musculaires, ne peuvent participer à la rétraction du reste de l'utérus : elles restent donc flasques et, par suite, continuent à saigner.

## CHAPITRE II

### Étiologie et pathogénie.

Dans nombre d'accouchements, le col de l'utérus sort absolument indemne des rudes épreuves de dilatation auxquelles il est soumis. Mais, très souvent aussi, attaqué brusquement ou intempestivement par la nature ou l'accoucheur, il succombe à la tâche et se déchire, même s'il s'agit d'un avortement de quelques mois.

Ce sont ces déchirures qui représentent le facteur étiologique initial de la forme de métrite qui nous occupe. Placées dans des conditions que nous spécifierons plus loin, elles vont créer et entretenir le processus pathologique dont la marche imprimera un cachet si particulier au col.

Ces simples notions nous indiquent déjà que nous avons affaire ici à une maladie appartenant en propre aux femmes qui ont traversé les diverses phases de la puerpéralité : elle ne saurait, par conséquent, se rencontrer chez les nullipares ou les vierges. Mundé (1), il est vrai, a signalé, chez ces dernières, des déchirures accompagnées de catarrhe chronique et ressemblant, à s'y méprendre, à celles que produit l'accouchement. Le traumatisme obs-

(1) MUNDÉ, *Amer. Journ. of Obstetr.*, juillet 1896, p. 4, vol. XXXIV.

tétrical étant absent, dans ces cas, il s'agit de déchirures reconnaissant une tout autre origine et qui, pour cette raison, ne nous paraissent pas susceptibles d'aboutir au même résultat pathologique. Aussi, devons-nous les distraire de notre étude.

Nous n'aurions garde également de faire rentrer dans cette étiologie, ni les sections cervicales pratiquées intentionnellement par le chirurgien ou l'accoucheur dans un but thérapeutique, ni les vastes délabrements dont le col est le siège, à la suite de certains accouchements particulièrement difficiles : dans le premier cas, il ne saurait y avoir de métrite consécutive, et dans le second, l'importance de celle-ci disparaît devant les autres complications constituant l'élément morbide prépondérant.

Ainsi donc, la déchirure due à l'effraction violente du col, par le passage naturel ou artificiel du fœtus, voilà la lésion seule en cause ici. Vu son rôle primordial dans la genèse de l'affection que nous étudions, il nous semble utile d'en donner un rapide aperçu.

Nous ne pouvons que signaler, en passant, les causes qui favorisent sa production : primarité, disproportion entre les parties maternelles et fœtales, accouchements trop rapides ou trop lents, interventions obstétricales laborieuses ou intempestives, etc.

Selon les circonstances, on trouve le col atteint d'une, de deux ou de plusieurs déchirures. Lorsque, comme cela arrive assez souvent, la lésion est unique, c'est sur le bord *gauche* qu'on la rencontre principalement, à cause, pro-

blement, ainsi qu'on l'a dit, de la grande fréquence de la présentation du sommet en occipito-iliaque *gauche* antérieure. La déchirure, cependant, siège quelquefois aussi à droite, en arrière et, plus rarement, en avant.

Si elle est double, elle intéresse, généralement, les deux commissures du museau de tanche, qu'elle divise ainsi en deux valves, séparées par un plan transversal. C'est là une disposition des plus communes ; elle permet, par l'écartement des lèvres du col, d'examiner facilement, *de visu* et *de manu*, la muqueuse intra-cervicale dont la couleur, à l'état normal, est plus ou moins blanchâtre, et dont la surface fournit au doigt une sensation particulièrement douce. Enfin, dans quelques cas, il existe un nombre plus considérable de déchirures affectant des dispositions diverses et pouvant rappeler la forme d'une étoile.

Quant à leur étendue, aussi bien en longueur qu'en profondeur, on y trouve représentés tous les degrés : encoche de quelques millimètres, ou longue fente atteignant et dépassant même quelquefois le dôme vaginal ; simple rainure interne, si difficile à découvrir (déchirure en nervure de parapluie) (1), ou section nette de tout le parenchyme cervical.

Toutes choses égales d'ailleurs, la gravité immédiate de ces déchirures dépendra surtout de leur extension du côté de l'insertion vaginale, car la blessure des artères et veines utérines, voire même l'ouverture du cul-de-sac péritonéal, deviennent alors possibles.

(1) EMMET, *La pratique des mal. des fem.* Traduct. OLIVIER, 1887, p. 451.

Hâtons-nous de dire que ces éventualités sont rares et qu'en général, c'est précisément l'absence de tout symptôme alarmant et de tout signe local qui laisse ces lésions ignorées de l'accoucheur ou de la sage-femme et leur permet d'évoluer, en silence, vers le mode de terminaison que le hasard va leur imposer.

Abandonnées à elles-mêmes, que vont-elles devenir ?

Si l'accouchement ou l'avortement qui les a produites a eu lieu dans de bonnes conditions, si toutes les règles de l'asepsie et de l'antisepsie ont été rigoureusement observées, si, consécutivement, on a pris les précautions voulues pour maintenir le canal vagino-utérin propre et à l'abri de tout contact septique, ces déchirures du col se comporteront comme de simples plaies, et marcheront vers la réunion par première intention. Sauf une légère déformation de l'orifice externe, il pourra n'en résulter, plus tard, aucune suite fâcheuse.

Au contraire, lorsque des causes pathologiques seront venues troubler l'évolution naturelle des surfaces cruentées, la déchirure exercera une action morbide, aboutissant à l'éclosion de la métrite cervicale.

On sait que l'influence de cette lésion sur le développement et la marche des affections inflammatoires de l'utérus et de ses annexes, ne fut bien mise en évidence que par Emmet, en 1869. Mais, le célèbre auteur américain voulut tellement frapper les esprits, qu'il représenta la déchirure cervicale comme une sorte de « boîte de Pan-

dore » (1) d'où sortaient les affections les plus diverses. Il déclara, en effet, que « la moitié, au moins, des maux dont les femmes ayant eu des enfants étaient atteintes, devaient être rapportés aux lacérations du col » (2). C'était, certainement, aller un peu trop loin. Pourtant, « cet excès évident, dit M. Pozzi, a du moins servi à montrer que cette lésion jusque-là négligée, n'était cependant pas toujours négligeable (3) ».

Certes, il est bien difficile, avec les idées actuelles sur l'origine des métrites, de ne pas voir là, un élément dont il faille tenir le plus grand compte. Puisqu'il est établi que ces affections sont de nature microbienne, et qu'en ce qui concerne la métrite puerpérale surtout, le doute n'est pas possible, comment ne pas admettre que les solutions de continuité, siégeant sur le col, soient les véritables agents pathogéniques des phénomènes inflammatoires qui surviennent consécutivement à ce niveau ? Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il s'agit ici d'un organe comme l'utérus, possédant une circulation sanguine et lymphatique des plus actives, et situé au fond d'un canal presque jamais aseptique. Dans ces conditions, dès que l'intégrité de son tissu sera compromise, la pénétration et la propagation des micro-organismes auront lieu avec une extrême rapidité. « L'infection marche côte à

(1) PIERRE DELBET, *Traité de chir. de Duplay et Reclus*, Des métrites, p. 360.

(2) EMMET, *loc. cit.*

(3) Pozzi, *Traité de gyn.*, 1897, Masson édit., p. 238.

côte avec le traumatisme (1). » Ainsi donc, c'est en ouvrant la porte aux germes infectieux que la déchirure cervicale agira en premier lieu.

Durant son processus secondaire de réparation, elle pourra se trouver en présence de deux sources de contamination bien distinctes : d'abord, les microbes pathogènes dont l'accouchement ou les suites de couches auront favorisé l'invasion ; ensuite, la flore bactérienne si abondante qui habite, normalement, la cavité vaginale, ainsi que l'ont parfaitement démontré les recherches de Stroganoff (2), confirmatives de celles de Winter (3). S'il est vrai que ces derniers hôtes habituels du vagin vivent dans un état de virulence atténuée, il ne s'ensuit pas qu'une circonstance quelconque ne puisse permettre l'exaltation de leurs propriétés nuisibles et placer, du même coup, le col en contact immédiat avec un véritable foyer infectieux.

L'action de ces divers microbes s'exercera d'autant mieux et sera d'autant plus intense que, remplissant un second rôle pathogénique, la déchirure interviendra, cette fois, en tant que traumatisme. On devine, alors, ce qui se passera autour d'elle : la vie cellulaire sera profondément troublée, les phénomènes de phagocytose singulièrement compromis. Plus de lutte possible, pour tenir l'ennemi en respect ; le tissu cervical est devenu un *locus minoris resis-*

(1) PÉRAIRE, *Endométrites infectieuses*, Thèse Paris, 1889, p. 15.

(2) STROGANOFF, Dissert. de St-Petersbourg, 1893 ; *Centr. f. Gyn.*, 1893, n° 40, p. 935.

(3) WINTER, Die Mikroorganismen in Genitalcanal der gesunden Frau, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIV, 2.

*tentix* ; les agents septiques envahiront les anfractuosités et les cavités glandulaires si nombreuses dont il est creusé et y proliféreront à leur aise ; grâce à leur extension vers la profondeur, ils modifieront, peu à peu, l'aspect normal du col, pour lui donner cette physionomie caractéristique dont nous retrouverons plus loin la description.

Cette pathogénie étant admise, on ne saurait s'empêcher de penser qu'il existe une relation étroite de cause à effet, entre les déchirures, et la métrite cervicale qui survient à leur suite.

Il convient de faire remarquer que des causes mécaniques viennent souvent accentuer le processus infectieux ; sans y attacher l'importance que leur attribuait Emmet, il nous semble qu'elles contribuent, pour leur part, à la déformation du col : les tiraillements, les frottements que les lèvres cervicales subissent, dans le vagin, après la déchirure, sont des sources d'irritation dont on ne peut entièrement méconnaître l'influence.

Il est une circonstance qui rend particulièrement appréciable le rôle joué par ces causes mécaniques : c'est lorsqu'un affaiblissement ou un effondrement complet du plancher périnéal coexistent avec un col déchiré. Schulze (1) a déjà signalé la béance normale de la vulve, chez certaines multipares, comme une condition éminemment favorable à l'infection de l'utérus par les germes atmosphériques qu'une leucorrhée vaginale suffit à y transporter.

(1) SCHULZE, Zur Aetiologie und Prophylaxie der Genitalerkrankungen des Weibes. *Wiener med. Blätter*, 1882, n° 52).

Or, en cas de relâchement de la sangle périnéale, non seulement la vulve est béante, mais l'utérus, prolabé, se trouve lui-même au dehors, traumatisé en plusieurs points, et assez fortement congestionné, de par la stase qui résulte du changement de forme que subissent ses vaisseaux sanguins : ceux-ci, en effet, au lieu d'être plus ou moins en spirale, sont forcés, pour suivre l'utérus dans son mouvement de descente, de se laisser, sans cesse, allonger et étirer, tout comme le ferait un petit ressort en boudin dont on écarterait les deux extrémités. Ces cas empruntent à la facilité plus grande de l'infection et aux troubles de la statique pelvienne un caractère particulier de gravité sur lequel M. Bouilly a depuis longtemps attiré l'attention (1) et dont nous aurons à reparler au chapitre suivant.

(1) BOUILLY, Déchirure et ulcération du col. *Sem. méd.*, 5 septembre 1888, p. 346.

## CHAPITRE III

### Symptomatologie.

#### A. — Signes fonctionnels.

Dans certaines formes de métrites (métrite catarrhale simple, métrite hémorrhagique) on peut voir apparaître plusieurs signes fonctionnels, sans que l'examen direct permette encore de trouver aucune lésion franche du côté de l'utérus. Au contraire, en étudiant, au point de vue symptomatique, la métrite cervicale consécutive à la déchirure, on est immédiatement frappé de la disproportion marquée qui existe, au début, entre les lésions locales, relativement profondes, et les troubles fonctionnels, pour ainsi dire nuls. Loin d'être un avantage, cette particularité constitue un des plus fâcheux inconvénients de l'affection : celle-ci, en effet, grâce à l'insouciance et l'incurie des malades dont la santé semble parfaite, ne peut que continuer sa marche en avant et devenir, de jour en jour, plus grave.

Son mode d'invasion n'est pas toujours le même : la maladie actuelle a été précédée, quelquefois, d'une infection puerpérale à grand fracas : c'est insensiblement que l'état chronique a succédé à l'état aigu. Cette origine, bien

qu'aujourd'hui assez rare, en raison des soins prophylactiques dont on entoure, plus ou moins, les femmes en couches, s'observe encore dans certains cas, malheureusement ; et ici, les malades se doutent et s'inquiètent d'autant moins des conséquences pathologiques vers lesquelles elles s'acheminent, qu'elles se sont vues dans une situation plus dangereuse et plus alarmante.

Le plus souvent cependant, l'inflammation cervicale sera le résultat, toujours d'une infection post-puerpérale ou post-abortive, mais d'une infection atténuée ; l'absence des précautions voulues, pendant les suites de couches, en auront favorisé l'apparition, soit dans la première quinzaine de celles-ci, soit dans la seconde ou même un peu plus tard. Evoluant sourdement, dès ce moment, l'affection n'attirera l'attention des malades qu'à une époque variable, lorsque des accidents plus ou moins sérieux éclateront. Il y a là, état chronique d'emblée, ce qui est presque la règle. On peut, dans les cas de ce genre, si on n'y prend garde, incriminer une cause occasionnelle récente et banale, et s'égarer ainsi sur une fausse piste.

En général, par un interrogatoire bien mené, on arrive presque toujours à savoir que les troubles morbides dont se plaint la femme remontent à un accouchement ou à un avortement, souvent fort éloignés. Les malades, dans les hôpitaux surtout, ne viennent consulter que lorsqu'un signe fonctionnel quelconque a éveillé leurs craintes, par sa persistance ou son intensité, ou les empêche, de ce chef, de vaquer à leurs occupations.

Troubles menstruels, pertes blanches, symptômes douloureux, voilà la triade le plus fréquemment en cause ici. Mais, disons-le tout de suite, ces signes n'ont rien de bien fixe et ne sont pas l'apanage exclusif de la maladie que nous décrivons : on les retrouve, plus ou moins, dans les divers états pathologiques de l'utérus, avec l'étiquette de « syndrome utérin » que M. Pozzi (1) leur a appliquée. Il n'en est pas moins vrai que minutieusement analysés, ils peuvent acquérir une certaine valeur diagnostique, surtout s'ils sont opposés au résultat d'un examen local.

I. — Les règles bien qu'en général normales, sont quelquefois influencées par le processus métritique : tantôt, elles sont plus abondantes et durent plus longtemps qu'avant la maladie ; tantôt, elles existent sous forme de véritables hémorrhagies intermenstruelles, souvent accompagnées de caillots. Ces ménorrhagies et ces métrorrhagies nous ont paru surtout être plus fréquentes chez les femmes qui ont laissé leurs lésions cervicales s'invétérer et donner lieu, progressivement, à de la métrite parenchymateuse totale.

Les malades de cette catégorie arrivent souvent à un degré extrême de pâleur et d'anémie, et sont incapables de tout travail. Leur facies et le récit de leurs accidents, feraient penser volontiers à un diagnostic tout différent de celui qui est en cause.

(1) Pozzi, *loc. cit.*, p. 199.

Loin de tout faire rentrer dans l'ordre, la ménopause, si elle est proche, favorise, au contraire, dans bien des cas, la persistance de ces pertes de sang et augmente leur quantité.

Outre leur action débilitante sur l'organisme, ces hémorragies sont susceptibles de déterminer un symptôme des plus pénibles : la dysménorrhée. La muqueuse intra-cervicale, enflammée et turgescence, rétrécit le calibre de la cavité qu'elle tapisse ; de là, une certaine rétention et un écoulement moins facile des sécrétions utérines ; de là aussi ces coliques violentes que quelques malades ressentent, au moment de l'apparition du sang menstruel ou des pertes intermenstruelles, et qu'elles comparent si souvent aux contractions utérines douloureuses de l'accouchement.

II. — Un autre signe qui fait rarement défaut, ici comme dans presque toutes les affections utérines, et dont rend bien compte la richesse glandulaire du col, c'est la leucorrhée ; sous l'influence de l'inflammation, en effet, les glandes cervicales sécrètent en excès et produisent un écoulement pathologique. Les caractères de celui-ci sont bien définis et parfaitement connus : ce n'est pas le liquide filant, laiteux que sécrète le vagin, ni le mucus jaunâtre, plutôt fluide, du corps utérin ; c'est une véritable glaire, épaisse, visqueuse, empesant le linge et de réaction alcaline. Elle adhère fortement au museau de tanche dont un tampon d'ouate ne parvient pas toujours à la dé-

tacher. Si on essaie de l'enlever avec une pince, elle se laisse largement étirer et ne vient qu'en partie. Selon l'ancienneté de la maladie et la fréquence des ruptures capillaires, elle a une couleur plus ou moins sirop d'orgeat, muco-purulente ou sanguinolente. Son abondance est telle, quelquefois, que les femmes en sont vivement affectées et doivent être constamment garnies.

III. — Contrairement à ce qui a lieu dans d'autres formes de métrite du col, dans l'endométrite cervicale glandulaire (1), par exemple, où les divers actes de la vie sont possibles, sans la moindre gêne, ici, les malades accusent souvent des pesanteurs abdominales, des douleurs lombaires, des tiraillements au niveau de l'une des fosses iliaques; en général, ces tiraillements unilatéraux siègent du côté correspondant à la déchirure du col, lorsque celle-ci est unique ou plus étendue que ses congénères. Il faut, en outre, noter les réflexes douloureux et les phénomènes dyspeptiques ou nerveux qui surviennent chez certaines femmes : la vessie, le rectum, sont souvent gênés dans leur fonctionnement respectif, qu'il s'agisse d'une propagation de l'inflammation cervicale à leur niveau, par la gangue cellulaire située sur la face antérieure ou postérieure de l'utérus, ou qu'on ait simplement affaire à une compression de voisinage, déterminée par cet organe, devenu plus volumineux. Quelquefois, les malades

(1) BOUILLY, De l'endométr. cerv. gland. chron. et de son trait. chir. *Bull. Soc. chir. de Paris*, 7 février 1893, p. 113, et *Sem. méd.*, 22 février 1893.

se plaignent uniquement de troubles gastriques ou nerveux, à tel point qu'on ne songe même pas à pratiquer l'examen de l'appareil génital, et la lésion utérine, foyer réflexe de ces accidents, passe ainsi inaperçue.

Nous avons vu, au chapitre précédent, que l'état du périnée n'était point indifférent dans la cervicite consécutive à la déchirure du col : s'il est, en effet, lui-même, le siège d'une solution de continuité, l'affection peut prendre une allure des plus pénibles et donner lieu à des douleurs excessivement intenses : l'utérus, déjà lourd et gênant, du fait seul de la métrite, devient encore une source de tourments, grâce au défaut de soutien périnéal et à l'écartement des lèvres vulvaires. Dans une communication à la Société de chirurgie, M. Bouilly (1) a magistralement exposé cette question et montré combien les troubles fonctionnels accusés par les malades de cette catégorie étaient de nature à faire croire à des lésions annexielles, alors que l'examen local permet de constater l'intégrité, presque constante, des trompes et des ovaires. Voici le tableau pathologique qu'il trace de ces femmes : « Ces malades, dit-il, sont dans l'impossibilité de se tenir debout plus de quelques minutes ; très rapidement elles accusent dans le bas-ventre une sensation de poids, de gêne, de douleurs, avec cette sensation particulière de descente des organes qui leur fait souvent dire qu'elles vont perdre tout leur intérieur. Elles sont incapables de se faire leur toilette ou de se peigner

(1) BOUILLY, De la métrite associée au prolapsus utérin. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 18 avril 1894, p. 365.

debout, incapables de rester debout dans un magasin ou chez une couturière et forcées de s'asseoir, au bout de quelques instants, exténuées de fatigue et les traits rapidement tirés. »

La marche leur étant aussi pénible que la station debout, ces femmes sont condamnées à ne faire aucun exercice et à vivre presque constamment étendues ; il en résulte un manque d'appétit plus ou moins complet, des digestions difficiles et une tendance aux idées noires. « A la longue, ajoute M. Bouilly (1), ces malades deviennent de véritables invalides, n'osant plus sortir, ni rien entreprendre, souffrant à la fois des douleurs locales, abdomino-pelviennes et des troubles concomitants de la dyspepsie et de la neurasthénie. »

Ces cas, en apparence désespérés, sont cependant parfaitement curables : de même qu'une déviation utérine corrigée, grâce à un traitement approprié, fait disparaître, comme par enchantement, les symptômes fonctionnels et douloureux qui persistaient depuis de longues années, de même, ici, on assiste à une véritable résurrection des malades, si on met en œuvre une thérapeutique remplissant toutes les indications, surtout, avant que le système nerveux n'ait été profondément troublé.

(1) BOUILLY, *loc. cit.*, p. 368.

## B. — Signes physiques.

A côté des symptômes que nous avons passés en revue, il faut placer les renseignements fournis par l'examen local, et qui sont de la plus haute importance. La toux, les crachats, par exemple, dans une affection des poumons, ne sauraient dispenser de l'auscultation de ces organes ; ici également, les signes fonctionnels demandent à être corroborés par la constatation directe de l'état du col. C'est en pratiquant cet examen, que le rôle de la déchirure cervicale apparaîtra surtout des plus nets : on verra qu'elle seule a pu donner au col l'aspect spécial que nous lui trouverons ; qu'aucune autre forme de métrite n'est capable de reproduire ce même aspect, du moins avec des caractères absolument identiques et aussi marqués.

Selon que la maladie sera à tel ou tel moment de son évolution, on pourra se trouver en présence d'un col dont les lésions seront, en quelque sorte, *à vif*, ou, au contraire, d'un col à lésions *épidermisées*. Bien qu'il s'agisse, là, de deux modalités différentes d'un même processus pathologique, l'une ne doit pas, *forcément*, aboutir à l'autre. C'est ainsi qu'un col, non soumis à un traitement, est susceptible de garder, presque indéfiniment, son premier aspect, tandis qu'un autre, sous l'influence d'applications locales, ou même spontanément, se modifie rapidement, au point de vue objectif.

De toutes façons, quoique d'apparence différente, ces

cols sont également malades, et c'est ce qu'il importe de ne pas oublier, tant au point de vue du diagnostic que du traitement.

Pour rechercher les signes physiques, il faudra placer la malade dans la position dite *obstétricale*, et recourir au triple procédé d'exploration employé presque constamment en gynécologie : le palper, le toucher et l'examen au spéculum. Il va sans dire qu'on ne négligera pas les précautions antiseptiques ordinaires, au cours de cette exploration, car, si l'utérus est docile et reste silencieux, tant qu'on le manie proprement, il réagit, au contraire, terriblement, dès qu'il se trouve en contact d'un élément septique.

Par le palper, qu'il faut ici combiner au toucher, on sentira cet organe parfaitement mobile en tous sens ; son ballottement ne provoquera pas de douleur appréciable. Habituellement normal, le volume du corps utérin est, dans quelques cas, légèrement augmenté. C'est que cette forme de cervicite a la plus grande tendance à produire de la métrite parenchymateuse totale, lorsqu'elle n'est pas traitée à temps et énergiquement ; on trouve ainsi souvent des utérus ayant 8, 9 centimètres de cavité, et même davantage. Fréquemment, on constatera aussi des déviations utérines : ce sera quelquefois une rétroversion plus ou moins marquée, ce qui n'est pas rare, d'ailleurs, chez beaucoup de femmes ayant déjà accouché (1), mais, plus

(1) BOUILLY, Sympt. et trait. des rétrodéviat. mob. *Congrès de gynéc. de Bordeaux*, 1893.

souvent, il s'agira d'une latéroversion. Nous verrons plus loin à quoi est due cette déviation latérale et de quel côté elle siège de préférence.

Si, quittant l'utérus, on explore les annexes, on s'aperçoit qu'elles ne sont pas perceptibles et qu'elles ne présentent aucune lésion. De même, les culs-de-sac vaginaux sont généralement souples et indolents. Cependant, ceux-ci offrent parfois quelques particularités qui doivent attirer notre attention.

Le doigt qui les parcourt et les contourne constate, dans certains cas, latéralement, du côté d'une déchirure cervicale, une sorte d'empâtement qui ne paraît pas franchir la ligne médiane, qui reste, au contraire, bien limité à droite ou à gauche et qui, par la pression, réveille une douleur assez vive chez la malade. Si on ne poussait pas plus loin l'examen, on serait tenté de mettre cette douleur et cet empâtement sur le compte des annexes. Or, rien ne serait plus faux. Voici, en effet, l'explication de ces symptômes : On sait qu'entre la portion sus-vaginale du col et la base des ligaments larges, il existe une abondante atmosphère de tissu cellulaire, constituant « le squelette de ces ligaments » (1) et où baignent de nombreux vaisseaux lymphatiques et sanguins. Qu'une déchirure cervicale infectée permette aux germes pathogènes d'arriver jusqu'à cette région, soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique, et une *cellulite* s'y développera aussitôt. Le trauma-

(1) DOLÉRIS et BONNET, *Nouv. arch. d'obst. et de gynec.*, 1891, p. 120.

tisme, associé à l'infection, a donc été seul la cause de cet épaississement douloureux de la base des ligaments larges, que le doigt a révélé. Par suite du travail de rétraction qui se produira, plus tard, au niveau de ce tissu cellulaire enflammé, l'utérus sera déplacé latéralement, comme nous l'avons indiqué, et le plus souvent, du côté correspondant à la porte d'entrée des germes, c'est-à-dire à une déchirure cervicale. En somme, on le voit, il s'agit d'une *paramétrite* et non d'annexite, paramétrite qui succède presque toujours à une lacération puerpérale, et qui existe rarement à l'état isolé (1).

Une seconde particularité que le toucher permet aussi de découvrir quelquefois, c'est la présence, dans l'un des culs-de-sac latéraux, d'une mince cloison, sorte de bride cicatricielle qui arrête le doigt et qui, partant d'une commissure cervicale déchirée, va se fixer à la paroi vaginale opposée. Il en résulte comme un dédoublement de ce cul-de-sac latéral en deux loges secondaires, une antérieure et une postérieure. Par un mécanisme analogue à celui qui préside à la latéro-position du corps utérin, dont nous avons parlé, il y a un instant, cette disposition a pour effet d'entraîner le col à droite ou à gauche, selon le côté déchiré, et de déterminer, dans certains cas, une véritable latéro-flexion de ce segment qui cause des douleurs excessivement intenses à l'époque des règles. Le tractus fibreux que nous venons de décrire est fréquemment le

(1) LAROYENNE, *Sem. méd.*, 1886, p. 314.

siège, à la pression, d'une douleur spéciale et particulièrement vive qu'Emmet avait déjà signalée.

Arrivons maintenant, à la partie vaginale du col, au museau de tanche, et voyons quels en sont les caractères pathologiques. Nous considérerons, successivement, sa consistance, son volume, son aspect extérieur. Les données que nous tirerons de cette analyse sont des plus précises et absolument propres à la forme de métrite qui nous intéresse. Aussi, devons-nous leur réserver toute notre attention.

**Consistance.** — A l'état normal, on a comparé la sensation que le museau de tanche donne au doigt à celle que fournit le lobule du nez (A. Dubois). Ici, à une première période de la maladie, nous trouverons une consistance plus ferme, plus résistante, qui ira s'accroissant avec les progrès des lésions, et pourra, dans certains cas, devenir franchement cartilagineuse, et avoir même, exceptionnellement, la dureté ligneuse spéciale de certains épithéliomas du col. Quelquefois aussi, le museau de tanche, transformé en un véritable tissu caverneux, par la dilatation kystique de ses glandes, donne au toucher une sensation particulière de rénitence ou d'une sorte de fluctuation. On prévoit déjà l'importance de toutes ces modifications de consistance au point de vue du diagnostic.

**Volume.** — Le volume du col est également modifié : en promenant le doigt sur cet organe, on sent qu'il est gros, massif, qu'il distend démesurément le fond du vagin. Aussi, aura-t-on de la peine à le *charger*, lorsqu'on

l'examinera au spéculum. Cette augmentation de volume n'est pas simplement une augmentation apparente : nous ne sommes pas en présence de ce qu'on a appelé une « pseudo-hypertrophie » (1) due à un écartement des lèvres cervicales. Il s'agit d'une hypertrophie *réelle*, consécutive à une dégénérescence scléro-kystique et à une hyperplasie du tissu cervical, conséquences du processus inflammatoire. Ces gros cols sont une cause de gêne pour les malades : elles n'en éprouvent pas précisément de douleur, mais elles ont une sensation « de corps étranger dans le vagin (2) ».

**Aspect extérieur.** — Au point de vue objectif, le col a perdu sa forme conique normale ; il devient cylindrique ou plus ou moins renflé en massue. Il est tellement étalé quelquefois, qu'il disparaît pour ainsi dire du vagin « comme si une tranche avait été détachée par une section perpendiculaire, faite de haut en bas (3) ».

A la surface de ses lèvres, on sent, formant relief et implantés de distance en distance, une foule de petits grains qui sont tantôt nettement isolés, tantôt plus ou moins agglomérés ; le volume de ces corpuscules varie de la dimension d'un petit pois à celle d'une grosse groseille. Ce sont là des productions kystiques qui, comme nous l'avons dit, contribuent, pour une bonne part, à l'hyper-

(1) DOLÉRIS et BONNET, *loc. cit.*, p. 26.

(2) DOLÉRIS et BONNET, *loc. cit.*, p. 46.

(3) BOULLY, Déchirure et ulcération du col de l'utérus. *Semaine médicale*, 1888, p. 345.

trophie du col ; elles dérivent des cavités glandulaires normales. Celles-ci, sous l'influence de l'inflammation, s'hyperplasient, et arrivent à se comprimer réciproquement ; le parenchyme péri-glandulaire, tuméfié, les comprime à son tour ; leur sécrétion physiologique devient plus visqueuse et plus épaisse et s'écoule d'autant plus difficilement ; quelques-uns de leurs canaux excréteurs sont emprisonnés dans la cicatrice d'une déchirure du col. Grâce à ces divers mécanismes, ces glandes ne peuvent plus se vider et finissent par se dilater du côté qui résiste le moins à leurs efforts, jusqu'à ce qu'elles aboutissent à la formation de ces kystes par rétention dont nous venons de parler. Quelquefois, ces kystes s'ulcèrent à leur surface et donnent aux lèvres cervicales qui les supportent un aspect plus ou moins sanieux ; d'autres fois, après une distension plus ou moins grande, ils cèdent à la pression de leur contenu et se vident spontanément à l'extérieur ; ils disparaissent alors naturellement ainsi que leurs cavités, au sein desquelles s'opère un travail de rétraction.

Indépendamment de cette dégénérescence scléro-kystique, le museau de tanche est le siège d'une lésion qu'on pourrait appeler pathognomonique de la cervicite consécutive à la déchirure : c'est le bourrelet muqueux, auquel on a donné le nom d'*ectropion*, et qu'on sent, entre les lèvres cervicales, rugueux, inégal, plus ou moins bosselé, comme une véritable perte de substance, ou, au contraire, lisse, plat, absolument épidermisé. Ces différences de sensations tactiles, fournies par la même lésion, dépendent

uniquement de la variété clinique de col à laquelle on a affaire.

On a émis, autrefois, bien des hypothèses au sujet de cet ectropion ; comme on ne savait pas exactement la façon dont il se formait, on le prenait pour une ulcération réelle, alors qu'il n'en avait que l'apparence extérieure, et on s'acharnait à le détruire ; de là, les applications caustiques et les cautérisations locales les plus variées qui, soit dit en passant, faisaient plus de mal que de bien ; par suite aussi de cette conception pathogénique erronée, on décrivait, comme autant d'entités morbides, les aspects divers que ce bourrelet muqueux donnait au col, lorsqu'il existait en coïncidence avec des glandes ou des follicules ulcérés, des vaisseaux dilatés, etc. Il en résultait une confusion des plus fâcheuses qui n'était pas faite pour simplifier l'étude de la gynécologie, déjà si difficile. Mais, peu à peu, sous l'influence des travaux d'Emmet surtout, on comprit qu'on avait multiplié, comme à plaisir, les états pathologiques du col et que l'ectropion, cet élément si discuté, avec toutes ses variétés, avait une pathogénie des plus simples qu'un mot pouvait résumer : la déchirure cervicale.

Il est, en effet, uniquement constitué par la hernie de la muqueuse intra-cervicale, à travers l'orifice du col déchiré : cette muqueuse, une fois l'inflammation métritique installée, s'œdématie, se congestionne, grâce au gonflement et à l'hyperplasie de tous ses éléments constitutifs ; elle a ainsi une grande tendance à faire effraction hors de

la cavité qui la renferme, désormais insuffisante pour son volume. Sans les déchirures du col, elle serait incapable d'abandonner cette cavité, ou, tout au moins, elle ne pourrait le faire que très difficilement et très légèrement. Grâce à ces solutions de continuité, au contraire, elle va s'étaler, se dérouler, en quelque sorte, à l'extérieur, en entraînant, dans ce mouvement, les lèvres cervicales, sectionnées et libres ; celles-ci se trouvent, de ce fait, plus ou moins retournées, quelquefois absolument « renversées en rebord de pot-de chambre », selon l'expression, aujourd'hui classique, de M. Bouilly.

Comme on le voit, le rôle des déchirures est ici flagrant, incontestable ; ce sont elles qui produisent cet état du col, elles qui limitent l'extension de l'ectropion et régissent la déformation consécutive du museau de tanche.

Certes, nous n'allons pas jusqu'à dire que sur des cols non déchirés, il n'existe jamais d'ectropions ; seulement, lorsqu'on en rencontre, on constate qu'ils sont fort peu accusés et qu'ils méritent à peine ce nom ; aussi, pourrait-on les appeler de *faux* ectropions, par rapport à ceux que produit la lacération puerpérale, qui reconnaissent toujours cette même origine, qui sont si caractéristiques et si fréquents.

Comment nous apparaîtra, à l'examen direct, un col ectropionné ?

Il pourra revêtir deux aspects bien différents, selon l'évolution des lésions.

Dans un grand nombre de cas, nous le verrons faire

saillie, entre les deux valves du spéculum, sous forme d'un gros cylindre, plus ou moins régulier, ayant souvent les dimensions de la circonférence antérieure du « Cusco », grand modèle ; il portera fréquemment, disséminées çà et là, de petites masses jaunâtres, arrondies, comme enchâssées dans son tissu, qui ne sont autre chose que des kystes glandulaires ; ses lèvres seront surtout caractéristiques : considérablement hypertrophiées, renversées plus ou moins en arrière, elles seront recouvertes par une portion de muqueuse endocervicale en ectropion ; celle-ci, grâce à sa couleur, fera, à leur surface, comme une sorte de *tache*, à contours irréguliers, débouchant de la cavité cervicale, s'étendant presque toujours plus loin sur la lèvre antérieure que sur la lèvre postérieure et *semblant* parfois dépasser le rebord libre de l'une d'elles ou de toutes les deux ; en réalité, elle se termine presque toujours sur ces lèvres par « un bord net, plus ou moins festonné, dans lequel on reconnaît souvent un liseré blanchâtre d'aspect cicatriciel (1) ». Cette muqueuse en ectropion n'a plus les caractères normaux de la muqueuse intra-cervicale : elle est, en effet, rouge vif, boursouflée, saignante, et c'est pour cela qu'elle tranche sur la surface qui l'entoure ; quelquefois, des bourgeons charnus plus ou moins exubérants, lui donnent une apparence hérissée, inégale, qui fait croire à une production cancéreuse.

Voilà l'aspect du col qui donne si souvent le change et

(1) BOUILLY, Déchir. et ulcérat. du col de l'ut. *Sem. méd.*, 1888, p. 343.

où les anciens gynécologues voyaient une ulcération ; mais, depuis que les travaux de Ruge et Veit (1), de Döderlein (2) ont démontré, de la façon la plus nette, que cette prétendue ulcération, qui aurait dû être une surface à nu, *dépourvue d'épithélium*, était, au contraire, recouverte d'un épithélium *cyllindrique* possédant même des glandes, tout le monde admet, aujourd'hui, qu'il n'y a là qu'une *pseudo-ulcération*.

Ce n'est pas à dire, pour cela, que les *vraies* ulcérations du col soient des mythes, des inventions de l'esprit : on en rencontre (3) parfaitement chez certaines malades, et nous avons eu occasion d'en observer nous-même plusieurs fois. L'accord règne donc encore là-dessus.

Le seul point sur lequel les histologistes discutent, même à l'heure actuelle, est celui-ci : Est-ce que la pseudo-ulcération du col provient de la muqueuse *cervico-vaginale* normale, qui se serait *desquamée*, et aurait gardé simplement sa couche profonde de cellules *cyllindriques*, où des glandes de nouvelle formation se seraient produites (Ruge et Veit, Cornil), ou, au contraire, cette pseudo-ulcération est-elle la conséquence de l'ectropion de la muqueuse *intra-cervicale*, *normalement* pourvue de nombreuses glandes et revêtue d'un épithélium *cyllindrique* (Tyler-Smith, Roser)? Nous sommes donc en présence de deux théories, dont

(1) RUGE et VEIT, *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1878, Bd II, p. 415 et 1882, Bd VIII, p. 405.

(2) DÖDERLEIN, *Cent. f. Gyn.*, 1889, p. 99.

(3) FISCHER, *Cent. f. Gyn.*, 1880, p. 423 et 585.

l'une admet la production *sur place* de la pseudo-ulcération, et dont l'autre soutient l'origine *intra-cervicale* de celle-ci, grâce à la déchirure du col qui permet la formation de l'ectropion :

Loin de nous la prétention de vouloir trancher un débat aussi délicat et aussi controversé. Mais, les constatations cliniques que nous avons pu faire nous forcent à nous rallier à la seconde théorie, et à dire, avec notre maître M. Bouilly : la pseudo-ulcération « c'est l'endométrite du col devenue extérieure ; c'est l'ectropion de la muqueuse enflammée à travers le col déchiré (1) ».

Nous avons, en effet, remarqué que, sur un col atteint de déchirures, la pseudo-ulcération était presque toujours *en continuité* directe avec la muqueuse intra-cervicale, sur laquelle l'écartement des lèvres permet de la voir s'étendre plus ou moins loin. Or, si elle était due à la desquamation de l'épithélium cervico-vaginal, elle ne dépasserait jamais l'orifice externe, *limite habituelle* de ce dernier épithélium, pour empiéter sur la muqueuse, à cellules cylindriques, de la cavité cervicale. On nous objectera, peut-être, que la limite entre les deux épithéliums (intra-cervical et cervico-vaginal) n'est pas invariablement représentée par l'orifice externe (2). Mais alors, pourquoi invoquer toujours une *desquamation* d'un épithélium pavimenteux qui pourrait se trouver être, parfois, de l'épithélium cylindrique ? En outre, pourquoi les ulcérations *vraies*,

(1) BOUILLY, Déchir. et ulcér. du col de l'ut. *Sem. méd.*, 1888, p. 345.

(2) H. KLOTZ, *Gynækol. Studien*, Wien, 1879.

les pertes de substance réelles du col (une de nos malades en présentait de très nettes, plusieurs années après son opération (obs. V) siègent-elles, la plupart du temps, à une *certaine distance* de l'orifice externe, de préférence, sur les parties du museau de tanche qui sont le plus exposées aux frottements et à l'action irritante des sécrétions et des liquides que retiennent souvent les culs-de-sac ? C'est que ces ulcérations érosives, reconnaissant une cause mécanique, peuvent se former *in situ*, sur n'importe quel point du museau de tanche, qui s'érode, au sens propre du mot, tandis que les autres, les pseudo-ulcérations, ont besoin de la déchirure cervicale pour apparaître à l'extérieur.

Après ces considérations sur la nature et l'origine de l'ectropion, nous devons parler de certains cols qui, soit par suite d'un traitement destiné à combattre la pseudo-ulcération, ou, simplement, sous l'influence d'une évolution naturelle spéciale, diffèrent sensiblement, *comme aspect*, de la variété que nous avons précédemment décrite. Leurs lésions semblent, pour ainsi dire, voilées. Au lieu de se présenter, au spéculum, avec un bourrelet muqueux rouge, boursoufflé, saignant, etc., ils apparaissent, à peu près, de la façon suivante : toujours gros et volumineux, avec des lèvres plus ou moins renversées, ils n'offrent à leur surface aucune aspérité, si ce n'est quelques kystes glandulaires qui, parfois, viennent faire saillie, à travers l'épithélium; ils ont une apparence brillante, vernissée, comme nacrée; à la place qu'occupe l'ectropion dans l'autre va-

riété de cols, on remarque, ici, de petites nappes ecchymotiques, de dimensions variables, les unes absolument rouges, les autres plus ou moins violacées, d'autres encore presque noires ; on dirait que les petites hémorrhagies capillaires qui se sont produites sur les lèvres cervicales, à un moment donné, ont été littéralement *surprises* par le processus d'épidermisation qui les a recouvertes et étalées. Ce sont elles qui donnent au col cette apparence spéciale « couperosée » dont parle M. Pozzi (1).

Bien souvent, les cols de cette catégorie sont pris pour des cols sains et laissés sans traitement ; nous avons déjà eu occasion de faire remarquer que, malgré leur apparence épidermée, ils sont bel et bien malades : leurs éléments constitutifs, infectés et enflammés profondément, font persister les accidents douloureux ou hémorrhagiques qui sont si fréquents dans ces cas.

C'est à dessein que jusqu'ici, nous n'avons rien dit de l'orifice externe du col : puisque sa configuration est la même, qu'il s'agisse d'un col à lésions épidermisées ou non, nous avons pensé qu'il fallait en parler seulement à la fin de ce chapitre.

Sa forme et ses dimensions sont tellement changées, qu'on pourrait dire qu'il n'existe plus : il est, en quelque sorte, victime de l'ampliation infundibuliforme que le canal cervical a prise, par suite des déchirures et de l'ectropion. On le sent et on le voit fortement agrandi dans

(1) Pozzi, *loc. cit.*, p. 211.

le sens transversal ; c'est une véritable gouttière dont l'une ou les deux extrémités se continuent avec une déchirure latérale. Dans l'ensemble, il en résulte une demi-circonférence, à branches plus ou moins égales et s'appliquant, sur le col, comme un éperon au talon d'une chaussure. Dans d'autres cas, les bords de cette fente, déjà irréguliers, prennent un aspect lobulé et plus déchiqueté encore, grâce à la multiplicité des solutions de continuité ou à une sorte de torsion des lèvres sur elles-mêmes. La béance de cette fente rend des plus aisées l'exploration de la cavité cervicale, réduite à des si faibles proportions, quelquefois, que le doigt arrive d'emblée sur l'orifice interne : telles certaines hernies inguinales très anciennes où, à un moment donné, les deux orifices, interne et externe, sont presque au contact. Quoi qu'il en soit, en touchant la muqueuse intra-cervicale, on s'aperçoit qu'elle a perdu sa souplesse normale : elle est rugueuse, plus ou moins dure et présente souvent des formations kystiques. L'inflammation dont elle est atteinte la rend, dans certains cas, douloureuse à la pression, surtout au niveau de certains points qu'on sent comme excoriés.

La plupart du temps, cette muqueuse et tout l'orifice externe sont recouverts d'un gros bouchon glaireux qu'il est bon de détacher préalablement avec un tampon, si on veut avoir, au toucher, des sensations bien nettes.

## CHAPITRE IV

### Diagnostic.

Lorsqu'on parle de métrite, on entend dire communément que le diagnostic s'impose toujours après un court interrogatoire de la femme. Or, qui ne sait combien il serait imprudent de s'en rapporter exclusivement au récit des malades : telle croit avoir une leucorrhée intense, qui sent à peine une légère humidité à la vulve ; une autre, au contraire, soit par excès de soins, ou par négligence absolue, ignore complètement que son utérus est le siège d'une sécrétion purulente des plus intenses. En outre, dire qu'il y a métrite, n'est pas faire un diagnostic suffisant et utile ; il faut encore déterminer la *variété* de cette affection, essentiellement polymorphe, pour pouvoir agir en toute connaissance de cause.

Ainsi que nous l'avons déjà laissé entrevoir, dans la cervicite consécutive à la déchirure, les difficultés du diagnostic peuvent être réelles, malgré l'examen direct le mieux fait. On est alors d'autant plus embarrassé, qu'une fausse interprétation des lésions exposerait la malade aux conséquences d'une intervention par trop radicale, ou aux fâcheux effets d'une expectation déguisée. Le diagnostic différentiel demande donc ici quelques développements.

Avec quoi peut-on confondre cette forme de métrite ? Les diverses *ulcérations* syphilitiques ou tuberculeuses qui peuvent siéger sur le col, viennent immédiatement à l'esprit, après la description que nous avons donnée de l'ectropion ; cependant, il est difficile d'admettre que ces lésions soient de nature à rendre sérieusement hésitant le diagnostic. L'analyse minutieuse de leurs caractères si particuliers et la concomitance fréquente d'une foule de signes importants permettent, la plupart du temps, d'éviter toute erreur. Nous n'y insisterons donc pas.

Si dans presque toutes les affections des organes génitaux internes de la femme, *la grossesse* ne doit jamais être perdue de vue, ici, il faudra y songer tout particulièrement : le volume du col, sa consistance, quelquefois mollassse, l'exagération de son aspect « couperosé », le bouchon leucorrhéique de l'orifice externe, les retards menstruels et les troubles dyspeptiques qui peuvent s'y joindre, tous ces signes ne seront pas faits pour lever les doutes. Sans compter que, certaines malades, dans les hôpitaux et les cliniques surtout, escomptent souvent d'avance le résultat d'une erreur de diagnostic qu'elles feront commettre au médecin, grâce à des renseignements fantaisistes. Nous avons encore présente à l'esprit l'histoire d'une jeune malade qui vint consulter à Cochin pour des douleurs dans le ventre et des pertes blanches, en déclarant que *ses règles étaient normales*. A l'examen on trouva un col déchiré, avec ectropion ; mais on jugea à propos, le cas paraissant douteux, d'attendre la prochaine mens-

truation, avant d'opérer. Les règles n'étant pas revenues à l'époque présumée, aucune opération ne fut faite. La malade quitte alors l'hôpital, *ennuyée, dit-elle, de ne pas être opérée* ; quelques jours après elle se suicide : . . . . .

On ne saurait donc être assez prudent, lorsque la bonne foi de la malade n'est pas à l'abri de tout soupçon, ou que les signes fournis par l'examen ne permettent pas d'écarter toute idée de grossesse : il faudra rechercher celle-ci en examinant le volume du corps utérin, la couleur des grandes lèvres, les seins, etc. De toutes façons, il est à peine besoin de faire remarquer qu'un léger retard dans l'intervention serait insignifiant, à côté des conséquences funestes d'une grossesse méconnue.

Dans nombre de cas, on pourra se demander si on n'a pas affaire à une *métrite parenchymateuse totale*. Celle-ci peut n'être qu'un stade plus avancé de la cervicite qui nous occupe, et se présenter, par conséquent, avec un col analogue, ou au contraire, reconnaître pour cause une collection purulente tubaire, presque toujours d'origine puerpérale (1), et n'offrir, alors, aucune déformation cervicale. Le premier de ces deux modes étiologiques étant le plus fréquent, avec un col ayant tous les caractères que nous avons déjà eu occasion d'énumérer, nous constaterons des métrorrhagies, des douleurs, et le diagnostic de la localisation précise des lésions ou, si l'on veut, de leur extension plus ou moins avancée, restera en suspens. Dans

(1) PILLIET et SOULIGOUX, Métrite parenchym. hémorr., *Progr. méd.*, 8 mai 1897, p. 289

ce cas, l'abondance et la fréquence plus grande des métrorrhagies, l'intensité plus forte des douleurs, l'augmentation de volume du corps utérin, l'agrandissement de sa cavité, la sensibilité et l'irrégularité de sa muqueuse, constatées à l'hystéromètre, plaideront en faveur d'une métrite parenchymateuse totale. Remarquons, en passant, que si le col de l'utérus est dévié par une bride cicatricielle provenant d'une déchirure, il faudra redresser l'organe, avant de procéder à la mensuration de sa cavité si on ne veut prendre une de ses cornes pour son fond, et trouver ainsi une longueur exagérée qui serait fausse (1).

Le traitement de la métrite parenchymateuse totale conduisant, dans certains cas, à l'hystérectomie qui, seule, peut supprimer les accidents douloureux et hémorrhagiques dus à la sclérose de l'utérus entier, on comprend tout le soin qu'on doit apporter, en pareille circonstance, au diagnostic différentiel.

Une *métrite blennorrhagique* peut, à son tour, exposer à une erreur de diagnostic : il ne s'agit pas ici de ces métrites cervicales à gonocoques avec un col petit, régulier, lisse, ne prêtant nullement à confusion. Nous voulons parler de ces cas d'infection mixte, où le bacille de Neisser vient sympathiser avec le streptocoque, sur des cols volumineux, déchirés et ectropionnés. Là, « on voit suppurier toute la surface de la muqueuse ectropionnée et les kystes glandulaires qui y sont contenus » (2). Mais le pus

(1) Pozzi, Des métrites, *Méd. mod.*, 1890, p. 648-49.

(2) APPERT, Diagn. et trait. des métr. blenn. *Sem. gyn.*, 31 mars 1896.

épais, verdâtre, ayant tous les caractères cliniques de la blennorrhagie, ne sera pas confondu avec la sécrétion visqueuse, plus ou moins blanchâtre, de la cervicite non gonococcique. D'ailleurs, lorsque le gonocoque est en cause, l'inflammation se propage très rapidement au corps utérin, et il survient alors des douleurs excessivement vives qui servent à éclairer le diagnostic. Dans quelques cas, celui-ci ne sera bien établi que grâce au concours de la bactériologie, démontrant la présence du gonocoque dans les sécrétions. Ce diagnostic est important, non seulement au point de vue de la thérapeutique à mettre en œuvre, mais encore, parce qu'une exploration intempestive de la cavité utérine exposerait à la propagation dont nous avons parlé plus haut et aux crises douloureuses qui en sont la conséquence.

Souvent, on rapporte *aux annexes* des lésions qui en sont absolument indépendantes, et on devine à quels errements on peut être conduit, si on ne redouble pas d'attention. On constate, en effet, dans certains cas, une tumeur plus ou moins volumineuse, siégeant dans l'un des culs-de-sac latéraux, douloureuse à la pression, déterminant des poussées inflammatoires subaiguës, des douleurs pelviennes avec irradiations, et on pose le diagnostic de salpingite (1). Or, il suffira de penser que cette symptomatologie peut tenir uniquement à une paramétrite latérale, à une cellulite juxta-utérine, conséquence

(1) BOUILLY, Note sur la pathogénie des affect. péri-utér. *Sem. gyn.*, 4 février 1896.

d'une déchirure cervicale, pour mieux examiner les annexes et les mettre hors de cause. On aura littéralement sous le doigt, quelquefois, le corps du délit, en constatant, par le toucher, dans le cul-de-sac latéral incriminé, outre l'épaississement de la base du ligament large, formant tumeur, la présence d'une bride cicatricielle, douloureuse à la pression, et se continuant nettement avec la déchirure cervicale du côté correspondant.

Nous arrivons, maintenant, au point le plus important et plus difficile de cette question du diagnostic, *au cancer du col*. La consistance dure des lèvres cervicales, la présence, à leur surface, d'une pseudo-ulcération étalée, plus ou moins bourgeonnante, d'une sécrétion sanguinolente, la concomitance de troubles divers (douleurs, hémorrhagies) en imposent, bien des fois, pour un « fungus de mauvaise nature » (1). Le début, souvent fort éloigné, de l'affection, l'âge relativement peu avancé de la malade, seront déjà des *présomptions* en faveur d'une simple cervicite avec ectropion. Quelques auteurs attribuent une grande valeur diagnostique à la douleur : « elle est très vive dans l'épithélioma, nulle, ou à peu près, dans la métrite chronique (2) ». D'autres, se fient à l'hémorrhagie « celle-ci est excessivement rare dans la métrite parenchymateuse, les pertes blanches, au contraire, sont fréquentes. Dans l'épithélioma, au contraire, les hémorrhagies se répètent (3) ».

(1) Pozzi, *loc. cit.*, p. 480.

(2) GUÉNIOT, *Bull. méd.*, 1889, p. 169.

(3) DOLÉRIIS, *Bull. méd.*, 1889, p. 169.

Il est certain que ces signes ont leur importance ; pourtant, on sait combien la douleur est rare *au début* du cancer, où le diagnostic est surtout utile, et combien des hémorrhagies abondantes peuvent survenir dans la cervicite avec ectropion.

Aussi, ces divers symptômes, fonctionnels et subjectifs, doivent-ils céder le pas aux constatations de l'examen local, en matière de diagnostic.

Sous ce rapport, le toucher est des plus importants : au lieu de sentir une surface boursouflée, œdématiée, papilliforme, mais peu accidentée, comme dans la cervicite, le doigt, dans le cancer, aura la sensation, ou de nodosités isolées, ou d'une perte de substance, fortement bourgeonnante, anfractueuse, dont la consistance, presque ligneuse, contrastera singulièrement avec la mollesse relative du reste du col. L'extrémité du doigt explorateur dégagera, en outre, en cas de néoplasme, une odeur fétide, repoussante, difficile à faire disparaître, mais facile à reconnaître, lorsqu'on l'a sentie une ou deux fois.

Essaie-t-on de gratter l'ulcération douteuse avec la curette, on en détache des lambeaux, avec la plus grande facilité, s'il s'agit d'épithélioma, tandis qu'on a peine à l'entamer, si on a affaire à la métrite.

Au spéculum, l'ectropion muqueux offre une couleur plus ou moins rouge, le cancer se présente sous forme d'un bourgeon gris sale, parsemé de points jaunâtres, « quand il n'est pas encadré par une végétation en chou-fleur (1) ».

(1) Pozzi, *loc. cit.*, p. 243.

La sécrétion que l'on voit sourdre du col donne encore de précieux renseignements : l'écoulement de la métrite est épais, visqueux, muco-purulent ; celui du cancer est séreux, roussâtre « analogue à de la lavure de chair » (1) et d'une grande fétidité.

Par le palper combiné au toucher, si on trouve un utérus augmenté de volume, plus ou moins immobilisé, si les parois vaginales, loin d'avoir leur souplesse normale, paraissent indurées, le néoplasme sera plutôt en cause. On tiendra compte également du dépérissement, de la langueur, de la décoloration, de la couleur jaune paille des tissus, tous signes qui sont autrement accentués en cas de cancer, même commençant, que dans la cervicite très intense et déjà ancienne.

Lorsque le diagnostic paraîtra encore douteux, malgré l'analyse la plus minutieuse et l'exploration la mieux conduite, il faudra, avant de se décider à une intervention radicale, enlever à la curette une parcelle du bourgeon suspect, et en faire l'examen microscopique. Cet examen, il est vrai, ne permet pas, dans *tous* les cas, de connaître, exactement, la nature de la lésion suspecte ; mais, il suffit qu'il soit négatif, en ce qui concerne le cancer, pour être fixé sur le traitement à appliquer.

(1) TERRILLON, *Bull. méd.*, 1889, p. 1356.

## CHAPITRE V

### Complications.

« Soignez les métrites pour éviter leurs complications, disait Trélat (1). »

Jamais recommandation ne s'appliqua mieux, nous semble-t-il, qu'à la cervicite consécutive à la déchirure. C'est que celle-ci, outre les nombreuses complications communes à toutes les métrites, en présente d'autres, absolument spéciales et fort graves.

Depuis longtemps déjà, Breisky (2) l'a accusée de prédisposer au *cancer* : la pseudo-ulcération des lèvres du col subirait, à la longue, une dégénérescence particulière qui aboutirait à la transformation néoplasique des tissus sous-jacents. On sait, cependant que si l'estomac, par exemple, ne devient cancéreux, la plupart du temps, qu'après avoir été primitivement le siège de lésions chroniques, l'utérus, au contraire, peut être envahi par un bourgeon épithélial, alors qu'il est absolument sain. C'est dire que, lorsqu'on constate à son niveau un processus chronique, on n'est pas *forcément* en présence de la première étape d'une évolution cancéreuse.

Mais, si cette complication redoutable n'est pas abso-

(1) TRÉLAT, *Clin. chir.*, t. II.

(2) BREISKY, *Allg. Wien. med. Zeitschr.*, 1882, n° 52.

lument démontrée, il en existe d'autres, relativement fréquentes et mieux connues.

Chez les femmes encore jeunes et susceptibles d'être fécondées, la grossesse est souvent interrompue, à une époque variable, par suite des déchirures qui favorisent la béance du col (OLSHAUSEN).

Si elle va jusqu'à terme, c'est l'accouchement qui peut présenter des difficultés et des dangers excessivement sérieux : le travail de cicatrisation qui s'établit spontanément sur le col déchiré, ou qui succède à des cautérisations intempestives et prolongées, au niveau de la pseudo-ulcération, détermine, dans certains cas, une rigidité pathologique telle, que les femmes sont obligées de se livrer à des efforts, véritablement désespérés, pour expulser le fœtus. Lorsque la résistance a été vaincue, c'est, le plus souvent, au prix de la vie de l'enfant, qui a eu le temps de succomber, et, parfois même, de celle de la mère qu'une hémorrhagie incoercible, due à l'éclatement du col et à l'ouverture d'un vaisseau important, emporte en quelques instants. Ces faits ne sont malheureusement pas très rares, ainsi qu'en témoignent certaines publications (1).

Ils suffiraient amplement déjà à démontrer la nécessité d'un traitement précoce et en quelque sorte *prophylactique*, si l'affection que nous étudions n'avait encore à son actif la *stérilité*, à laquelle elle prédispose souvent, grâce à la déformation du col, et certaines poussées, très douloureuses, de *paramétrite*, qui immobilisent nombre de malades sur la chaise-longue, une bonne partie de leur existence.

(1) TAURIN, *Du rétréc. cic. du col ut.*, au p. de v. de l'acc. Th. Par. 1895.

## CHAPITRE VI

### Traitement.

Il est rare, lorsqu'on est appelé à soigner une femme atteinte de métrite consécutive à la déchirure du col, que les lésions n'aient déjà été soumises à divers traitements : la ténacité de l'affection fait que les malades vont souvent d'un médecin à un autre, croyant hâter leur guérison par ces changements multiples de direction thérapeutique. Mais, qu'il s'agisse de ces cas, ou de cas non traités, il faudra toujours se demander si des moyens purement médicaux peuvent être mis en œuvre, *utilement*, ou si, au contraire, une intervention plus énergique s'impose d'emblée.

Cette distinction nous paraît indispensable à une saine thérapeutique.

Il est des malades, en effet, chez qui il est permis d'espérer une disparition des symptômes morbides, sous l'influence d'un traitement local approprié, tandis qu'il en est d'autres dont les lésions, soumises au même traitement, persisteraient indéfiniment, si elles ne s'aggravent pas.

L'état du col sera ici notre meilleur guide.

Si l'examen le démontre atteint d'une inflammation ré-

cente, si on constate qu'il est peu volumineux, qu'il a une déchirure légère, des lèvres modérément éversées, si, en fait d'ectropion, on voit à peine une étroite collerette rouge autour de l'orifice externe, si les pertes blanches sont peu abondantes, une amélioration notable, ou même une guérison complète seront souvent le résultat de moyens simples.

Indépendamment d'un traitement général, en rapport avec l'état de la malade, on prescrira, dans les cas de ce genre, le repos, des injections antiseptiques bi-quotidiennes, tièdes ou chaudes, selon qu'il y aura tendance ou non aux hémorrhagies ; on fera, sur le col, tous les trois ou quatre jours, des pansements avec des substances modificatrices telles que : glycérine créosotée, *bleu de méthylène*, en solution alcoolique, *teinture d'iode*, nitrate d'argent, *permanganate de potasse*, etc. Ces applications nous semblent avoir donné de bons résultats, et être préférables au thermo-cautère dont l'action dépasse souvent le but et détermine sur les lèvres cervicales la production de tissu cicatriciel avec toutes ses conséquences. Elles seront faites, naturellement, après que le col aura été, préalablement, détergé, chaque fois, avec soin. Mais, pour qu'elles aient un effet utile, on ne se contentera pas, comme on le fait trop souvent, de *badiageonner*, simplement l'*ulcération* : si celle-ci est à la superficie, la source du mal est plus ou moins profonde. On enfoncera donc, légèrement, dans la cavité cervicale la tige autour de laquelle est enroulé le coton imbibé de la solution médicamenteuse, et

on l'y maintiendra une ou deux minutes ; de cette façon seulement, les éléments infectés, profondément situés, auront quelque chance d'être atteints par le liquide modificateur. Avant de terminer le pansement par l'application du tampon glycérimé habituel, il sera bon d'enlever l'excès de ce liquide caustique qui suinte sur les bords de l'orifice externe, et se dirige vers les culs-de-sac.

Ce traitement, régulièrement suivi, pendant un certain temps, donne fréquemment des succès, surtout si l'on n'a pas affaire à des malades, essentiellement nerveuses, chez qui tout est prétexte à douleurs et à accidents variés. Dans d'autres circonstances, il se montrera absolument inefficace, parce que l'affection aura déjà créé des lésions *médicalement* incurables. Le col pourra *paraître* guéri, quant à la pseudo-ulcération, mais la persistance des symptômes fonctionnels et douloureux démontrera qu'il n'en est rien.

Résolument, on renoncera alors à ces moyens : y insister davantage, ce serait perdre son temps et aggraver les lésions ; on ne fait « qu'enfermer le loup dans la bergerie ». Les caustiques, en effet, rendent le col plus dur, plus scléreux, et permettent, par une épidermisation trompeuse, la soustraction des éléments morbides à toute influence des topiques, et leur migration destructive vers la profondeur.

A ces cols récalcitrants à une thérapeutique légère, à ceux qui, dès le premier examen, se présenteront gros, avec des « lèvres de nègre », bourrés de kystes glandulaires, suppurant fortement, ayant, en un mot, des lésions

interstitielles avancées, il faudra opposer un traitement plus énergique. Il serait aussi irrationnel de s'attarder ici à faire des applications caustiques, que « de cautériser à outrance le gland ou le méat urinaire, dans la blennorrhagie de l'homme, au lieu de porter directement les topiques sur la lésion siégeant profondément dans le canal de l'urèthre (1).

Cet autre traitement sera purement chirurgical : le thermo-cautère qui, outre les inconvénients que nous avons déjà signalés, peut laisser suppurer fort longtemps la surface détruite et exposer à l'atrésie de la cavité cervicale, nous paraît plus dangereux qu'utile. Mais, qu'on se rassure ! Il ne s'agit pas d'interventions graves, de mutilations irrémédiables.

Le but poursuivi est, au contraire, d'obtenir, par une opération simple, la *remise en état* du col ; il s'agit d'un traitement conservateur par excellence, « d'opérations à la fois destructives et réparatrices, réalisant l'ablation des parties malades et la restauration des formes perdues (2) ». Pour que le col reprenne ses qualités normales, grâce à une réparation autoplastique immédiate, pour qu'il puisse remplir consécutivement les fonctions physiologiques qui lui sont dévolues, il faudra, inexorablement, le bistouri à la main, retrancher tout ce qu'il renferme de tissu sclérosé, kystique, malade, en un mot : c'est là une des premières conditions du succès.

(1) TERRILLON, *Bull. méd.*, 1889, p. 1356.

(2) BOULLY, Le curettage de l'utérus, *Bull. de thérap.*, 1895, p. 97, tome 129.

Selon le nombre et l'importance des lésions, on aura recours à l'un des quatre procédés opératoires suivants : opération d'*Emmet*, de *Bouilly*, de *Schræder*, de *Simon-Markwald*. On s'étonnera, peut-être, de ne pas voir le curettage érigé, ici, en traitement opératoire souverain. C'est que cette opération, pratiquée souvent d'une façon banale dans toutes les affections utérines, a des indications nettes que M. Bouilly (1) a surtout contribué à préciser, et qu'il faut trouver réunies, pour ne pas courir à un échec certain, quelquefois même à un véritable désastre.

En ce qui concerne la maladie qui nous occupe, le curettage ne peut avoir qu'une action très restreinte, vu son impuissance sur la déformation du col, qui exige l'emploi d'autres moyens thérapeutiques. De plus, son utilité, réelle au début de l'inflammation, lorsque celle-ci, comme dans toutes les métrites, est d'abord uniquement localisée à *l'endomètre* que la curette peut enlever, devient absolument illusoire à une période avancée de la maladie : à ce moment, c'est le parenchyme cervical tout entier qui est pris, ce n'est plus sa muqueuse seulement ; il est alors insuffisant de *gratter* : il faut *exciser*.

Il n'en est pas moins vrai (et ceci pour que nous n'ayons plus à y revenir) que, dans *toutes* les opérations anaplastiques dont nous allons parler, le curettage précédera ou suivra l'intervention sur le col, selon que l'on trouvera plus commode de commencer ou de finir par lui ; c'est sur

(1) BOUILLY, *loc. cit.*, *Bull. de therap.*, 1893, p. 97.

la muqueuse du corps utérin surtout que son action s'exercera dans ce cas ; ce sera « le coup de balai qui ne laisse pas malpropre l'appartement, après qu'on a nettoyé et restauré le vestibule (1) ».

Voyons, maintenant, les indications des divers procédés opératoires.

Dans un col atteint d'une déchirure unilatérale, peu déformé, l'opération d'*Emmet* pourra suffire. La précaution indispensable consiste à ne pas pousser l'avivement des lèvres de la déchirure et la résection de la muqueuse intra-cervicale malade, jusque sur le bord opposé du col : la sténose de la cavité de celui-ci en serait le résultat presque certain. C'est, du reste, pour cette raison que, généralement, on évite d'employer l'*Emmet* en cas de déchirure double. Dans ce genre d'opérations, la conservation d'une bande de muqueuse, tout le long du canal cervical, sera donc le principal objectif du chirurgien.

Lorsqu'en même temps qu'une solution de continuité, il existe sur le col un léger ectropion, l'opération de *M. Bouilly* (2) sera le complément nécessaire et utile de la suture d'*Emmet*.

Cependant, il faut bien le reconnaître, ces deux opérations, même combinées, seront fréquemment insuffisantes dans la cervicite avec lacération où les lésions, comme nous l'avons déjà fait remarquer, sont presque toujours profondes ; car n'intéressant les tissus que d'une

(1) BOUILLY, *loc. cit.*, *Bull. de therap.*, 1895, p. 97.

(2) BOUILLY, De l'endom. cervic. gland. et de son trait. chir. *Bull. Soc. de ch. de Paris*, 1893, p. 113.

façon limitée et superficielle, elles laisseront, fatalement, sur place, des éléments morbides qui ne tarderont pas à reproduire la maladie locale.

Aussi, le procédé de *Schræder* est-il, sous ce rapport, bien supérieur : il permet d'exciser tous les tissus malades et de leur substituer des tissus sains ; il rend au col ses caractères d'aspect et de souplesse physiologiques, quels que soient le nombre des déchirures et l'étendue de l'ectropion.

Il serait oiseux de décrire ici en détail cette opération si connue et à laquelle tant de monographies (1) ont été consacrées. Seulement, il n'est peut-être pas inutile d'insister sur ce fait que, souvent, il faudra savoir se plier aux exigences du siège des lésions, et modifier ainsi, quelque peu, la forme des lambeaux, selon les besoins.

Dans certains cas, par exemple, on abandonnera, avantageusement, la section bilatérale du col, pour profiter de la présence d'une déchirure médiane et faire deux lambeaux latéraux, au lieu des lambeaux classiques supérieur et inférieur, ou antérieur et postérieur. De plus, on veillera soigneusement à l'affrontement parfait des sutures, de façon que l'orifice externe soit « très exactement *ourlé* » (2) par la muqueuse vaginale ramenée à ce niveau. Sans cette précaution capitale, on s'exposerait à laisser le col dans des conditions défectueuses, et à aller, pour ainsi dire, à l'encontre du résultat recherché.

(1) PESCHER, *Opération de Schræder*, Th. Paris, 1891.

(2) Pozzi, *loc. cit.*, p. 576.

Souvent, les lésions de la métrite cervicale, fortement accentuées, auront envahi plus ou moins le parenchyme du corps utérin : une augmentation de volume de celui-ci, une hypertrophie considérable du col avec des lèvres profondément altérées, bourrées de kystes, ne pourront être guéries que par une opération plus radicale, en quelque sorte, que le *Schræder*. Il sera bon, alors, de recourir à l'amputation du museau de tanche par le procédé, dit *de Simon-Markwald* (1), qui, comme on le sait, grâce à l'excision en coin des tissus malades, réalise, sur chaque lèvre cervicale, deux lambeaux superposés que l'on réunit par une suture. Cette opération qui, du reste, peut être appliquée à une seule lèvre, tandis que le *Schræder* est fait sur l'autre (suivant les cas divers que l'on a à traiter), a une influence des plus heureuses sur le volume du corps utérin et sur les accidents dus à la configuration primitive du col.

Nous ne devons pas oublier, dans cet exposé thérapeutique qu'à côté des malades, uniquement atteintes de cervicite avec ectropion, il en est qui présentent, en même temps, des lésions périnéales. Si on néglige la restauration de celles-ci, l'opération sur le col est, d'avance, frappée de stérilité, au point de vue de la disparition de tous les symptômes morbides. Il en est de même, par exemple, dans l'opération d'*Alexander*, lorsqu'en fixant l'utérus à la paroi abdominale, on ne s'est pas inquiété de l'état du

(1) MARKWALD, *Archiv f. Gyn.*, 1875, vol. VII, p. 48.

périnée. Il faudra donc, chez les femmes auxquelles nous faisons allusion, recourir à l'intervention complexe suivante, que dans une seule séance, d'ailleurs, on peut parfaitement mener à bien : curettage, opération plastique sur le col, restauration vagino-périnéale. Comme le dit familièrement notre maître M. Bouilly, il faudra « faire un complet ». C'est grâce à une intervention qui s'attaque, ainsi, à la fois, à la muqueuse utérine, au parenchyme utérin, à la statique pelvienne (1) qu'on rend, littéralement, la santé à des femmes, auparavant considérées comme incurables et comme de véritables infirmes.

Une cause d'insuccès *apparent* des opérations sur le col, dont il faut être prévenu, est la rétroversion du corps utérin. Cette déviation, en reproduisant, quelque temps après l'intervention chirurgicale, un ou plusieurs des symptômes douloureux ou fonctionnels primitifs, vient souvent jeter le trouble dans l'esprit de l'opérateur. Il suffira, dans ces cas, de la rechercher et d'appliquer, après l'avoir corrigée, un pessaire de Hodge approprié, pour voir les bons effets de ce petit appareil confirmer l'existence de la cause incriminée.

Mais, parfois, malgré l'exécution parfaite de l'opération, et la situation normale de l'utérus, on constatera des insuccès *réels* dus, soit aux soins insuffisants post-opératoires, soit encore à la reprise trop précoce de la vie régulière et des rapports sexuels. « Le succès en gynécologie réside

(1) BOUILLY, De la métrite associée au prolapsus utérin, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 18 avril 1894, p. 369.

tout entier dans les détails », disait Emmet. C'est pourquoi, nous insistons sur ces petites particularités qui nous paraissent aussi utiles à connaître que la technique opératoire elle-même.

De tout temps, on s'est préoccupé des conséquences que la chirurgie du col utérin pouvait avoir sur la grossesse et l'accouchement. Voici, à ce propos, ce que dit M. Pozzi :

« Les diverses opérations plastiques sur le col utérin (amputation, résection, suture des déchirures) ne sauraient compromettre sa dilatabilité, car elles donnent lieu à des cicatrisations primitives, sans production de tissu inodulaire inextensible. De très nombreuses observations viennent à l'appui de cette considération théorique et prouvent que l'on n'a point à craindre la stérilité ou la dystocie (1). »

Aux travaux (2) qui ont déjà été publiés sur cette question, viennent s'ajouter les observations que nous donnons plus loin, rapportant l'histoire de quelques malades, devenues enceintes et ayant accouché normalement, après avoir subi une opération sur le col (Obs. VII, XIII et XV).

### **Contre-indications.**

Comme dans toute maladie, on doit se demander ici s'il n'existe pas de contre-indications au traitement chirurgical que nous venons d'indiquer.

(1) POZZI, *loc. cit.*, p. 250.

(2) DUCASSÉ, Thèse de Paris, 1889.— PICHEVIN, *Sem. gyn.*, 1<sup>er</sup> fév. 1898.

La *grossesse* en est certainement une, mais pas aussi formelle qu'on serait tenté de le croire : des opérations d'*Emmet* ont pu être pratiquées sur des femmes enceintes, sans trouble de la grossesse (1). Bien que ce soit là une « témérité » (2), il est certain qu'en cas de menaces réelles d'avortement, pour cause de déchirures cervicales, ou de cicatrisation vicieuse, une intervention pourra être tentée, afin d'éviter une telle éventualité.

Une contre-indication nette à toute opération sur le col, aussi bien qu'à un simple curettage, c'est la constatation d'une annexite grave unilatérale et, *a fortiori*, double : les lésions tubo-ovariennes sont justiciables, en pareille circonstance, d'une intervention *directe* et radicale.

Il serait, également, imprudent et dangereux d'intervenir, chirurgicalement, sur l'utérus, chez une femme manifestement atteinte de névropathie grave : on connaît la relation étroite qui existe entre les divers traumatismes opératoires de la zone génitale et l'hypochondrie, la manie de la persécution, etc.

Par contre, certaines malades, simplement neurasthéniques ou hystériques, retirent souvent un bénéfice réel d'une opération qui les débarrasse de leur affection utérine et supprime, du même coup, un véritable centre réflexe d'irritation permanente.

(1) DOLÉRIS, Congrès médical de Washington, septembre 1887, in *Répert. univ. de gyn. et d'obst.*, 1888, p. 137.

(2) Pozzi, *loc. cit.*, p. 237, en note.

## CHAPITRE VII

### Anatomie pathologique. — Bactériologie.

Bien que notre but ait été de faire une étude exclusivement clinique, nous dirons quelques mots ici des résultats que nous a fournis l'examen, au point de vue anatomo-pathologique et bactériologique, de morceaux de cols excisés à deux malades dont les observations figurent plus loin (Obs. II et III).

a) Ces deux cols étaient littéralement farcis de kystes glandulaires dont quelques-uns très volumineux (un grain de raisin) et profondément situés.

Nous avons recueilli aseptiquement le contenu de ces kystes que nous avonsensemencé sur gélose, gélatine, bouillon et lait.

Les tubes, laissés à l'étuve (Etuve de Roux, à 38°), sont restés absolument *stériles*.

Nous avons fait également des préparations extemporanées sur lames, avec le contenu des mêmes kystes, et nous n'avons constaté la présence d'*aucun microbe*.

Donc, résultat négatif dans les deux cas.

Le contenu des kystes n'était nullement séreux : c'était, au contraire, un mucus excessivement épais et visqueux, rappelant, comme couleur et comme adhérence, la colle,

faite à la gomme arabique, qu'on vend dans le commerce.

En en prenant un peu entre le pouce et l'index, on pouvait l'étirer, jusqu'à un certain point, par l'écartement de ces doigts.

Il faut croire que la sécrétion des glandes cervicales, déjà fort épaisse et gluante, lorsqu'elle se montre à l'extérieur, sous forme des pertes blanches, voit ces caractères s'accroître, en restant incluse dans un kyste. De même, les microbes qu'elle pouvait contenir, au début de la métrite, disparaîtraient à la longue, comme cela s'observe dans certaines salpingites suppurées, par exemple, qui se montrent absolument stériles, à un moment donné.

b) Les préparations histologiques que nous avons faites des deux cols ont été colorées, les unes d'après le procédé employé par Fieux, c'est-à-dire à la fuchsine acide picriquée, les autres, selon la méthode ordinaire, au picro-carmin. Outre les particularités connues que signalent les leçons magistrales de M. Cornil (1) (cavités kystiques, coupes de vaisseaux plus ou moins dilatés, etc.), nous n'avons constaté, *partout*, que *du tissu conjonctif*. Nous avons tenu à soumettre ces préparations à M. le professeur Cornil, lui-même, afin de savoir s'il en était bien ainsi. Avec une bienveillance dont nous ne saurions assez le remercier, M. Cornil les a examinées et n'y a trouvé aucun élément musculaire.

Or ce petit point est intéressant pour nous.

(1) CORNIL, Anatomie pathologique des métrites, *Journal des connaissances médicales*, 1888.

Puisque, comme nous l'avons vu au début de ce travail, Fieux déclare qu'à l'état normal, le museau de tanche n'est qu'un *bloc conjonctif*, quoi d'étonnant qu'il en soit de même à l'état pathologique ? La *sclérose* que l'on constate si souvent dans les métrites du col pourrait donc bien être due simplement à l'inflammation du tissu *normal* (exclusivement conjonctif) de cet organe, et non à la substitution pathologique de tissu conjonctif au tissu musculaire, qui n'existerait pas. Il est certain que c'est là une hypothèse qui demande à être vérifiée par de nouvelles recherches sur des cols *normaux* et des cols pathologiques.

Mais, ce que nous pouvons dire, c'est que, sur nos préparations, la disposition régulière et ordonnée des fibres conjonctives nous porte fortement à croire que nous sommes plutôt en présence d'un tissu *préexistant* que d'un tissu de nouvelle formation.

## OBSERVATIONS

---

Nous avons eu à notre disposition, pour faire ce travail, des observations fort nombreuses. Comme, forcément, plusieurs d'entre elles ont une similitude frappante, nous donnerions, pour ainsi dire, des *copies* d'un même original, en les publiant toutes. C'est cette considération qui nous décide à en choisir seulement un petit nombre, parmi les plus typiques et les plus intéressantes.

Nous ne craignons pas de dire que nous n'avons épargné ni notre temps, ni notre peine pour recueillir tous les renseignements qui pouvaient être utiles à notre sujet. Malgré les difficultés de toutes sortes auxquelles nous nous attendions, nous avons entrepris de rechercher les traces de nos anciennes malades, afin de connaître les suites éloignées du traitement qu'elles avaient subi. Mais, la clientèle hospitalière est, généralement, un public si nomade, que nos efforts n'ont pu être que partiellement récompensés.

OBSERVATION I

*Gros col de métrite parenchymateuse. — Déchirure à gauche. — Premier curettage et restauration périnéale sans résultat (1893). — Curettage et opération d'Emmet modifiée par M. BOUILLY (1895). — Guérison. — Résultats éloignés.*

Mme B .. 29 ans, ménagère, entre dans le service de M. Bouilly, pour la seconde fois, le 24 mai 1895.

Malade ayant eu une broncho-pneumonie à 4 ans.

Réglée à 14 ans. Durée normale des règles 3 jours.

Mariée à 17 ans. Un enfant deux ans après, mort de broncho-pneumonie.

Deuxième accouchement, il y a 3 ans  $1/2$ , à la suite duquel la malade eut une déchirure du périnée et resta six mois sans voir ses règles. Après cette aménorrhée, les règles apparaissent douloureuses, toujours en avance, et sont suivies d'un écoulement leucorrhéique abondant, qui persiste pendant toute la période intermenstruelle. C'est alors (septembre 1893) que la malade est admise, une première fois, dans le service, où elle subit un curettage et une restauration périnéale (M. Chapot). Mais au bout d'un mois, ses pertes blanches recommencent, pendant que la marche lui devient très pénible, à cause de l'apparition de douleurs lombo-abdominales. Elle se décide, à ce moment, à entrer de nouveau dans le service.

*Examen local.* — Rien dans les culs-de-sac, sauf à gauche où l'on trouve le ligament large épais et induré près de son insertion à l'utérus. Utérus en antéversion. Col gros, rouge, déchiré à gauche, avec muqueuse endocervicale éversée et présentant plusieurs kystes glandulaires.

*Diagnostic.* — Cervicite avec ectropion et dégénérescence scléro-kystique ; paramétrite latérale gauche légère.

*Opération* : fin mai, curettage démontrant l'état à peu près sain de la muqueuse corporelle. Opération d'*Emmet* modifiée par M. Bouilly, véritable amputation partielle du col ; sutures au crin de Florence.

*Exeat* : le 18 juin : Col en bon état. La base du ligament large gauche est plus souple, moins épaisse, mais il persiste encore à ce niveau un léger empâtement diffus, douloureux à la pression par le palper combiné au toucher.

*Suites éloignées.* — Nous avons revu cette malade à Cochinchine, le 23 mai 1898, trois ans après son opération. Elle n'est plus fatiguée par la marche et n'a aucune dysménorrhée. Elle a encore une très légère leucorrhée. Pas de nouvelle grossesse (séparée de son mari depuis trois ans...)

*Examen.* — Le col est facilement perméable à l'hystéromètre ; les culs-de-sac sont parfaitement souples et indolents ; les lèvres cervicales présentent quelques kystes glandulaires très petits.

**RÉFLEXIONS.** — Cette observation est des plus intéressantes. Elle nous rapporte l'histoire d'une malade présentant les lésions typiques et une des complications les plus fréquentes, de la métrite cervicale consécutive à la déchirure (paramétrite latérale). Nous y voyons, en outre, l'inutilité ou plutôt l'inefficacité du curettage *seul*, dans cette affection : le col resté malade, a continué à déterminer des troubles fonctionnels et a permis l'éclosion de la paramétrite latérale. Son excision et sa restauration ont amené la disparition des troubles locaux et des lésions de voisinage.

OBSERVATION II.

*Col énorme avec déchirure bilatérale. — Ectropion épidermisé. — Métrite cervicale parenchymateuse prise pour du cancer. — Curettage. — Opération de Schröder. — Guérison. — Examen des morceaux de col excisés.*

Mme R., 47 ans, entre à l'hôpital Cochin, service de M. Bouilly, le 17 mai 1898.

Réglée à 11 ans ; toujours quelques légères douleurs au moment des règles. Mariée en 1870. — En juillet 1871, premier accouchement très laborieux et au cours duquel plusieurs tentatives d'application de forceps ont été faites. Enfant vivant très gros. Déchirure du col à ce moment. 3 autres grossesses ensuite, la dernière en 1888. Cette malade dit avoir été toujours bien portante et avoir eu ses règles normalement.

Pas de leucorrhée.

Ce n'est qu'au mois d'avril de cette année que ses règles ont commencé à devenir plus abondantes. Effrayée, elle va consulter son médecin qui croit à un cancer du col et lui conseille de voir M. Bouilly.

*Examen local.* — L'état du col démontre immédiatement à M. Bouilly qu'il s'agit simplement d'une métrite parenchymateuse consécutive à une déchirure : on remarque deux lèvres cervicales *énormes*, comme vernissées, avec ectropion épidermisé ; la lèvre antérieure est beaucoup plus volumineuse que la postérieure, qu'elle surplombe ; toutes deux renferment de nombreux kystes dont quelques-uns très apparents à la surface, et plus nombreux sur la lèvre antérieure. Une déchirure bilatérale donne à l'orifice externe l'aspect d'une large fente transversale.

Le toucher n'est pas douloureux et fournit la sensation d'une surface mamelonnée par endroits, résistante, mais n'ayant pas la dureté caractéristique de l'épithélioma. Cathétérisme utérin : 10 centimètres.

Cette malade ne peut être opérée à la date fixée, à cause de l'apparition des règles qui a lieu, dans le service, le 19 mai, toujours avec une certaine abondance.

*Opération* le 28 mai. — Curetage. *Schraeder* profond. Sutures au catgut n° 2.

Après l'opération, la cavité utérine ne mesure plus que 9 centimètres.

Le 20 juin. — Ablation de tout pansement. Le col est cicatrisé, sauf en un petit point vers l'un des angles. La malade se lève et ne prendra plus que des injections.

*Exeat*, le 25 juin, guérison.

RÉFLEXIONS. — Ici les lésions que présentait la malade ont pu induire en erreur un médecin consciencieux. En somme, il s'agissait d'accidents de la ménopause compliqués de l'état du col qui a donné lieu, peu à peu, à de la métrite parenchymateuse totale, puisque l'utérus mesurait 10 centimètres de cavité. Les soins que cette femme paraissait prendre de sa personne ont dû probablement empêcher l'apparition de pertes blanches et contribuer à l'évolution, excessivement lente, de l'affection, et au début tardif des accidents *ménorrhagiques*.

Cette malade est l'une de celles dont nous avons examiné les morceaux de col excisés, au point de vue bactériologique et anatomo-pathologique.

OBSERVATION III.

*Col gros, sclérosé. — Métrite parenchymateuse du col et du corps. -- Déchirure bilatérale. — Curettage. — Amputation partielle du col. — Guérison. — Examen des parties cervicales excisées.*

Mme P., 39 ans, entre dans le service de M. Bouilly, à Cochin, le 28 janvier 1898.

Elle a toujours été bien portante. — Réglée à 15 ans, normalement.

Se marie en 1883. — Accouchement en 1885 d'une fille, à terme ; mais, elle dit avoir été *sans connaissance* au moment de cet accouchement, et avoir présenté de l'albumine dans les urines pendant sa grossesse. Pas d'autre grossesse. Perd toujours en blanc, depuis son accouchement, pendant sa période intermenstruelle.

Depuis 18 mois, ses règles sont devenues très abondantes et, depuis 4 mois, elles sont accompagnées de caillots.

Pas de dysménorrhée. Deux ans après sa grossesse, elle a eu, pour la première fois, une violente douleur dans la fosse iliaque droite ; cette douleur revient, tous les deux ou trois mois, sans cause appréciable et oblige la malade à garder le repos absolu.

*Examen local* : Déchirure bilatérale avec lèvres cervicales renversées ; le col est gros, dur, absolument sclérosé. Le corps utérin est volumineux et donne, à l'hystéromètre, 11 centimètres de cavité.

*Opération* : le 1<sup>er</sup> février. — Curettage. Amputation partielle du col.

La curette fait sentir un utérus à parois flasques, molles et ramène une muqueuse tomenteuse, assez hypertrophiée. Le bistouri a peine à entamer les lèvres cervicales dont le

tissu est absolument cicatriciel. Sutures au catgut. Après l'opération, on trouve 8 centimètres de cavité utérine.

*Exeat*, fin février, guérison.

RÉFLEXIONS. — Nous voyons encore, chez cette malade, un exemple de la grande tendance de la métrite cervicale consécutive à la déchirure, à produire de la métrite parenchymateuse *totale* avec les accidents ménorrhagiques qui en résultent.

Cette malade nous a fourni le second col dont nous avons fait l'examen bactériologique et histologique.

#### OBSERVATION IV ( inédite ).

(Due à l'obligeance de notre maître, M. Bouilly.)

*Métrorrhagies. — Ancienne déchirure du col. — Métrite cervicale et corporelle parenchymateuses. — Hypertrophie glandulaire de la lèvre antérieure du col. — Difficultés de diagnostic. — Dilatation. — Curettage. — Excision partielle de la lèvre antérieure. — Guérison. — Résultats éloignés.*

Mme F., 61 ans, mariée, 3 grossesses dans de bonnes conditions, vient me trouver pour la 1<sup>re</sup> fois, il y a 5 mois environ (février 1897), pour des métrorrhagies qui ont beaucoup augmenté depuis la fin de 1896 ; mais leur début est plus ancien ; il y a 4 ans, un curettage a été fait par M. Follet (de Lille) et aurait donné un bon résultat pendant plusieurs années. A mon 1<sup>er</sup> examen, je n'ai constaté qu'une ancienne déchirure du col, avec hypertrophie glandulaire, affectant surtout la lèvre antérieure, et métrite parenchymatense totale. Je conseille de surveiller le déve-

loppement de l'hypertrophie glandulaire du col qui est dur et me paraît légèrement suspect, et je prescris un traitement dirigé contre la métrorrhagie. La malade revient me trouver en juin 1897; elle a beaucoup perdu depuis quelques semaines et presque d'une manière ininterrompue; elle est pâle et anémiée comme une femme qui aurait un fibrome; elle n'accuse aucune douleur; elle n'a que les inconvénients ordinaires liés à un état anémique prononcé. Les signes locaux sont les mêmes que ceux que j'ai observés en février dernier. Je conseille d'agir activement, de dilater largement l'utérus, de l'explorer et d'intervenir en conséquence.

25 et 26 juin. — Dilatation à la laminaire, bien supportée; la cavité utérine mesure 6 cm. 1/2.

27. — *Opération* (Rue Blomet): l'examen à l'hystéromètre, au doigt, à la curette, ne semble rien révéler d'anormal dans la cavité de l'utérus. Celui-ci est ferme et résistant; la curette promenée dans tous sens ramène un lambeau de muqueuse corporelle épaissie et fongueuse; mais pas de fongosités en abondance, ni d'apparence de débris choriaux ou placentaires. L'instrument tombe vite sur un tissu ferme, criant, normal; il n'y a guère à penser à une dégénérescence maligne de la muqueuse, ni à un fibrome; le corps est en antéversion, un peu gros dans sa paroi antérieure, mais bien légèrement.

J'enlève d'un coup de bistouri toute la partie hypertrophiée de la lèvre antérieure; cette partie est dure, résistante, difficile à couper, lardacée, sans aucune apparence néoplasique. Je crois surtout à une métrite parenchymateuse totale et l'opération se borne là.

Deux points de suture (au catgut) antéro-postérieurs, sur la lèvre antérieure excisée.

8 juillet. La suture du col a très bien repris. Il n'y a plus eu une seule goutte de sang perdue depuis l'opération. L'état général est meilleur.

Suites éloignées. — Notre maître a eu des nouvelles de cette malade au mois de mai de cette année. Elle n'a plus de métrorrhagies et l'état général est excellent.

RÉFLEXIONS. — Cette observation, qui est loin d'être unique dans son genre, prouve, d'une façon éclatante, avec quelle rapidité une opération des plus simples, supprimant les tissus malades du col, fait arrêter des métrorrhagies abondantes et anciennes, tout en empêchant, du même coup, l'état général de péricliter. Elle nous montre les difficultés réelles du diagnostic, dans le cas particulier, jusqu'au moment de l'opération ; l'influence des lésions cervicales sur la ménopause qu'elles troublent et retardent. Enfin, nous avons un nouvel exemple de l'insuffisance du curettage seul dans ces cas.

#### OBSERVATION V.

*Métrite cervicale avec déchirure à droite. — Curettage. — Emmet. — Guérison. — Résultats éloignés.*

Mine B..., 30 ans, couturière (pique à la machine), entre à Cochin le 3 décembre 1892, dans le service de M. Bouilly, Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 15 ans, régulièrement et sans douleurs.

Mariée en 1883. — 3 accouchements, dans l'espace de six ans, tous très rapidement terminés (dans deux heures) ; le dernier en 1890. Depuis cet accouchement, elle a commencé à souffrir beaucoup, au moment des règles, et à perdre

abondamment en blanc. Douleurs très vives dans la fosse iliaque droite qui obligent la malade à cesser de travailler ; elle *traîne* ainsi pendant un an, jusqu'à son entrée à l'hôpital.

*Examen local.* — Utérus en latéroversion gauche. Col gros, déchiré à droite, et ectropionné. Bride vaginale partant de la déchirure et attirant le col du même côté, ce qui explique la latéroversion du corps.

Bouchon leucorrhéique. Rien dans les annexes.

Dilatation à la laminaire : 6 et 7 décembre.

*Opération.* — Le 8 décembre : curetage. *Emmet.*

*Exeat* le 8 janvier, en bon état.

**Suites éloignées.** — Nous avons revu cette malade le 9 mai et le 20 juin 1898.

Elle nous apprend que depuis son départ de l'hôpital, ses règles sont régulières et pas douloureuses. Elle ne souffre plus de la douleur qu'elle ressentait sur le côté droit.

*Examen local.* — M. Bouilly constate que le col, quoique régulier, est resté gros dans son ensemble ; il s'est formé quelques petits kystes glandulaires, qui proéminent à la surface des lèvres cervicales et qu'on ouvre, séance tenante, d'un coup de ciseaux. De plus, on remarque sur la lèvre postérieure quelques petites ulcérations *érosives*.

La cavité cervicale est facilement perméable.

**RÉFLEXIONS.** — En somme, cette malade a retiré un bénéfice énorme de son opération, puisqu'elle a pu reprendre son travail, suspendu pendant un an, et qu'elle n'a plus de pertes blanches, ni de douleurs, au moment de ses règles.

Si le col est resté un peu gros et si des kystes glandulaires s'y sont formés, c'est que la malade n'a subi qu'un *Emmet pur*, opération insuffisante, dans beaucoup de cas, et qui laisse subsister des tissus malades.

OBSERVATION VI (inédite).

(Due à l'amabilité de notre maître, M. BOUILLY.)

*Ancienne déchirure du col peu prononcée. — Hypertrophie glandulaire et ectropion muqueux, surtout marqué à la lèvre antérieure. — Écoulement muco-purulent abondant. — Curettage. — Amputation partielle du col. — Guérison. — Résultats éloignés.*

M. V., 28 ans. 2 grossesses. La dernière, il y a 4 ans. Pas de lésion des annexes.

Endométrite du corps ; métrite cervicale parenchymateuse surtout prononcée à la lèvre antérieure, avec ectropion muqueux, consécutive à une ancienne déchirure du col peu étendue.

Mêmes lésions, moins marquées, sur la lèvre postérieure.

Écoulement muco-purulent abondant ; douleurs lombaires, presque continuelles, n'empêchant pas la marche, mais la rendant fatigante.

La malade s'est soignée depuis longtemps par des injections variées, sans changement dans son état.

Le 24 février 1898 (Rue Blomet) : Anesthésie.

Dilatation pendant 2 jours par la laminaire.

Curettage ; muqueuse épaisse et fongueuse. Ablation d'un copeau du col jusqu'à l'orifice interne sur la lèvre

antérieure, moins important sur la lèvre postérieure. Réunion dans le sens vertical avec 2 catguts sur chaque lèvre.

Suites extrêmement simples.

Le 3 *mars*. — Ablation des catguts qui ne sont pas résorbés et qui ont tendance à couper les tissus.

Depuis 2 jours après l'opération, disparition des douleurs lombaires dont la malade se plaignait toujours auparavant.

Le 7. — La réunion est parfaite, sans une goutte de suppuration. Le col est parfaitement reformé ; il n'y a aucune sécrétion ; le résultat est très satisfaisant.

Le 12. — Apparition des règles, à leur date attendue.

Le 14. — Les règles se sont passées sans abondance ni douleurs, aussi normalement que possible.

Le 16. — La malade quitte la maison de santé ; l'état général et local sont excellents.

**Suites éloignées.** — Cette malade a été revue le 12 juin 1898 en parfait état par M. Bouilly. Elle ne ressent plus aucune douleur et marche facilement.

**RÉFLEXIONS.** — Nous constatons à la lecture de cette observation le peu d'efficacité des traitements médicaux dans certains cas, puisque cette malade s'était soignée localement, pendant longtemps, sans résultat appréciable. Par contre, l'intervention opératoire a fait disparaître leucorrhée et douleurs, presque d'emblée.

OBSERVATION VII.

*Cervicite avec déchirure. — Curettage. — Emmet —  
Grossesse un an après l'opération. — Guérison. —  
Résultats éloignés.*

Mme V... 26 ans, employée, vient à Cochin le 15 juillet 1892 et est admise dans le service de M. Bouilly.

Elle a toujours été bien réglée.

Il y a 4 ans, premier accouchement normal. Déchirure du col.

Il y a 2 ans, une fausse couche.

C'est depuis cet avortement que la malade ressent des douleurs dans le côté droit du bas-ventre, douleurs dont l'intensité augmente pendant la menstruation et les fatigues (malade *toujours debout*). — Règles et leucorrhée très abondantes.

*Examen.* — Col déchiré et ectropionné.

*Opération*, le 19 juillet : Curettage. *Emmet*.

**Suites éloignées.** — Cette malade a été revue par M. Bouilly, le 26 mai 1893.

Elle était enceinte de 3 mois environ.

**RÉFLEXIONS.** — Si nous publions cette observation, c'est parce qu'elle nous paraît intéressante sous deux rapports : elle est, d'abord, de nature à nous montrer que la déchirure du col, produite, lors du premier accouchement, n'a peut-être pas été étrangère à l'avortement survenu deux ans après, chez cette femme, toujours *debout*. Elle vient de plus, apporter une nouvelle preuve que le curettage et les opérations sur le col n'empêchent nullement les grossesses ultérieures.

OBSERVATION VIII.

*Col scléro-kystique. — Métrite cervicale parenchymateuse. — Déchirure bilatérale. — Curettage. — Opération de Schræder. — Guérison. — Résultats éloignés.*

Mme D... 30 ans, journalière, entre à Cochin, service de M. Bouilly, le 6 novembre 1895.

Adénophlegmon inguinal droit à 14 ans.

Réglée à 15 ans, difficilement.

Mariée à 21 ans. Deux accouchements, en 1887 et 1890. Ce dernier a été laborieux et a produit une déchirure du col (dont la sage-femme s'est aperçue), lors du passage des épaules du fœtus. La malade, après cet accouchement, reste cinq ans sans jamais bien se remettre, souffrant de douleurs de reins et au niveau des annexes gauches, et ayant des pertes blanches extrêmement abondantes. En 1895, son état s'aggrave : la dysménorrhée est très intense, l'appétit est nul, les traits se décolorent et la malade devient très nerveuse. Elle est obligée de rester couchée et de se faire soigner par son médecin. Désespérée, au bout de quatre mois de traitement, de ne pas constater d'amélioration, elle vient consulter M. Bouilly.

*Examen local.* — Col douloureux au toucher. Par le toucher et le palper combinés, on sent l'utérus mobile et en légère rétroversion. Rien d'anormal du côté des culs-de-sac et des annexes.

Le col est gros, rouge, avec une déchirure bilatérale et une muqueuse intra-cervicale largement éversée. La lèvre antérieure est beaucoup plus volumineuse que la postérieure ; toutes deux laissent voir, enchâssés à leur surface, plusieurs kystes glandulaires,

*Diagnostic.* — Métrite cervicale parenchymateuse. Col scléro-kystique.

12 novembre. — *Opération.* — Curettage. Opération de Schræder ; suture au crin de Florence.

9 décembre. — *Exeat*, guérison.

**Suites éloignées.** — Malade revue le 4 mai 1898. Elle n'a eu ses règles que trois mois après son opération, puis la menstruation s'est rétablie normale et sans douleurs. Mais cette malade est fortement hypochondriaque et dit avoir des douleurs vagues un peu partout ! Elle nous avoue, d'ailleurs, que ce qui la tourmente, c'est *la crainte* d'avoir un *cancer* de la matrice, et non ces douleurs !

*Examen.* — Col en parfait état sous tous les rapports (M. Bouilly)

**RÉFLEXIONS.** — Voilà une malade dont le moral, l'état général et nerveux semblent avoir été très fâcheusement influencés par l'abandon des lésions utérines pendant cinq ans, à une évolution naturelle. Si l'opération qu'elle a subie *tardivement* a pu exercer un heureux effet localement, et même sur la santé générale, elle s'est montrée, par contre, impuissante à améliorer sensiblement l'état du système nerveux. On peut se demander si une intervention précoce n'eût empêché la tendance actuelle de la malade aux idées noires.

OBSERVATION IX.

*Métrite parenchymateuse cervicale avec ectropion volumineux et déchirure à gauche. — Curettage. — Amputation biconique du col. — Guérison. — Résultats éloignés.*

Mme P..., 48 ans, sans profession, entre dans le service de M. Bouilly, le 12 octobre 1894. Rien, dans ses antécédents héréditaires, au point de vue gynécologique. Règles à 16 ans, normales. Pas de fausses couches. Premier accouchement à 22 ans ; deuxième accouchement à 27 ans ; troisième et dernier accouchement à 33 ans, *en chemin de fer*.

Des douleurs lombaires au moment des règles, et une leucorrhée intermenstruelle sont apparues à partir de ce moment. La malade a des hémorrhagies assez abondantes, depuis près de 10 ans. Mais, il y a trois mois surtout, elle a commencé à avoir des pertes intermenstruelles avec caillots volumineux, qui l'ont affaiblie et considérablement anémiée. Constipation constante. Appétit mauvais ; digestions pénibles. Nervosisme très prononcé ; sommeil agité ; mictions fréquentes et abondantes.

Cette malade doit garder le lit presque constamment.

*Examen local.* — A son entrée, on constate un col utérin volumineux, une muqueuse fortement éversée, saignant au moindre contact, et une déchirure ancienne à gauche.

*Diagnostic.* — Métrite cervicale parenchymateuse consécutive à une déchirure.

23 octobre : *opération.* — Amputation biconique du col.

*Exeat* en novembre, guérison, a eu ses règles dans le service.

**Suites éloignées.** — Le 25 mai 1898, nous revoyons cette malade à Cochin, dans le service de M. Bouilly. Elle n'est plus réglée depuis décembre 1897.

Jusqu'à cette époque, elle avait vu régulièrement, mais modérément, sans l'abondance d'autrefois. Cette malade a repris de la couleur, mange et dort bien, et peut vaguer à ses occupations. Aucune douleur, aucune leucorrhée.

*Examen.* — Col en parfait état au point de vue plastique. Résultat excellent.

**RÉFLEXIONS.** — L'histoire de cette malade est intéressante. Après avoir eu une menstruation irrégulière, pendant dix ans, elle a commencé à avoir de fortes métrorrhagies, accompagnées de caillots, aux approches de sa ménopause. C'est que les lésions cervicales, abandonnées à elles-mêmes, ont évolué vers la métrite parenchymateuse *totale*, avec toutes ses conséquences.

L'opération a été on ne peut plus bienfaisante, dans ce cas, et la malade témoigne sa satisfaction sur son état, en nous disant qu'elle *doit absolument la vie* à M. Bouilly.

#### OBSERVATION X.

*Cervicite avec déchirure. — Curettage. — Emmet. — Guérison. — Résultats éloignés.*

Mme R..., 34 ans, bijoutière, entre le 27 avril 1892 dans le service de M. Bouilly, à Cochin.

Elle n'a eu que deux enfants, le dernier, il y a 13 ans 1/2.

Elle aurait présenté des symptômes de fièvre puerpérale. lors de ce second accouchement.

Des ménorrhagies et une leucorrhée abondante la décident à venir consulter M. Bouilly.

*Examen* : On ne trouve rien dans les culs-de-sac.

Ce que l'on constate surtout, c'est une déchirure du col à gauche et une hypertrophie kystique de la lèvre antérieure.

*Opération*, fin avril : Curettage. *Emmet*.

*Exeat* en mai. — Etat satisfaisant.

**Suites éloignées.** — C'est six ans après son opération, le 29 avril 1898, que nous revoyons cette malade à Cochin. Elle se porte parfaitement, depuis son départ de l'hôpital et est régulièrement réglée.

Elle n'est pas devenue enceinte de nouveau.

*Examen.* — Le col est encore gros, étalé, donnant la sensation, au toucher, de kystes nombreux. L'hystéromètre, qui pénètre facilement, indique une cavité utérine de 7 centimètres.

Utérus mobile, sans aucune apparence de lésions péri-utérines : tout est souple et indolent. Depuis l'opération, plus de leucorrhée.

Au point de vue de l'aspect extérieur du col, le résultat opératoire est médiocre, vu l'existence actuelle d'une métrite cervicale parenchymateuse avec dégénérescence scléro-kystique.

**RÉFLEXIONS.** — L'opération d'*Emmet* a été insuffisante chez cette malade. Malgré tout, les résultats, au point de vue fonctionnel, semblent parfaits.

OBSERVATION XI.

*Métrite cervicale parenchymateuse. — Déchirure du col à gauche. — Curettage. — Opération d'Emmet. — Guérison. — Résultats éloignés.*

Mme V..., 26 ans, fleuriste, est admise à Cochin, dans le service de M. Bouilly, le 11 juin 1894.

Elle a toujours été très nerveuse. Premières règles à 11 ans 1/2.

Un seul accouchement à 23 ans. Pertes sanguines abondantes pendant tout le cours de la grossesse. Après son accouchement, leucorrhée abondante, douleurs hypogastriques et dans la fosse iliaque gauche forçant parfois la malade à s'aliter. Ces douleurs surviennent par crises. La menstruation est irrégulière, prolongée, mais peu abondante.

*Diagnostic.* — Cervicite avec déchirure à gauche.

*Opération* le 26 juin. — Curettage. *Emmet.*

Ablation des fils du col, le 12 juillet.

*Exeat*, le 14 juillet. Col en bon état.

**Suites éloignées.** — Nous avons pu revoir et examiner cette malade le 25 mai 1898, à Cochin. Elle se trouve très bien et ne se plaint plus des crises douloureuses qu'elle avait, il y a quatre ans ; plus de pertes blanches. Pas de nouvelle grossesse. Règles normales.

*Examen.* — Le col est petit, sans trace d'ectropion. Le cathétérisme de la cavité cervicale n'offre aucune difficulté.

**RÉFLEXIONS.** — Sans un examen du col, on aurait pu dire que les crises douloureuses de cette malade étaient dues à son état nerveux. L'exploration de l'appareil génital et surtout l'opération, sont venues démontrer que l'u-

térus seul était en cause et que, malgré l'absence de lésions locales très accusées, la déchirure du col, et la métrite qui en était résultée constituaient un élément morbide important.

OBSERVATION XII ( inédite ).

(Due à l'amabilité de notre maître, M. BOUILLY.)

*Grande déchirure du col avec ectropion cicatrisé. — Déchirure périnéale incomplète, avec cystocèle et commencement de rectocèle. — Abaissement utérin. — Opération d'Emmet. — Périnéorrhaphie. — Guérison. — Suites éloignées.*

Mme A..., 32 ans ; femme grasse, bien portante, se plaignant depuis 3 ans environ de troubles pelviens mal caractérisés qui peuvent être mis sur le compte de la déchirure ancienne du col cicatrisée en ectropion et sur le prolapsus utérin. Le col a été largement déchiré des deux côtés jusqu'à l'insertion vaginale. Le périnée est déchiré jusqu'à l'anus qui est sain. Les règles sont régulières ; il n'y a que très peu de leucorrhée.

Indication nette de faire, dans la même séance, la restauration du col et du périnée.

19 avril 1890. — Chloroforme laborieux. Opération d'Emmet. 6 points de suture aux crins de Florence.

Périnéorrhaphie : 5 points de suture au fil d'argent ; 2 points vaginaux aux crins de Florence.

Suites tout à fait apyrétiques.

26. — Ablation des sutures périnéales ; réunion immédiate parfaite.

10 mai. — Ablation des sutures du col ; la réunion est

excellente ; le col est partout tapissé d'une muqueuse vaginale saine.

Au milieu du périnée, existe un petit point où la réunion a manqué et conduisant dans le vagin ; ce point peut admettre à peine une sonde cannelée.

Les règles sont venues normalement le lundi 5, et ont duré jusqu'au jeudi 8.

La malade se lèvera demain (11 mai).

**Suites éloignées.** — Restée bien guérie. Nouvelles fréquentes.

#### OBSERVATION XIII ( inédite ).

(Due à l'obligeance de notre maître, M. BOUILLY.)

*Léger degré d'endométrite. — Large déchirure bilatérale du col. — Déchirure incomplète du périnée. — Emmet. — Périnéorrhaphie. — Guérison. — Résultats éloignés. — Grossesse ultérieure.*

Mme T..., âgée de 25 ans ; mariée depuis deux ans. Une fausse couche après 6 mois de mariage. Un accouchement à terme un an plus tard. Une fausse couche il y a 4 mois. Déchirure incomplète du périnée ; abaissement de l'utérus qui arrive jusqu'à la vulve ; large déchirure du col dont les deux lèvres s'ouvrent comme une bouche. L'utérus est en rétroflexion légère. Léger degré d'endométrite. Règles régulières, non exagérées comme abondance.

Indication très nette de la restauration du col et du périnée.

*Opération* le 29 mars 1888. — Dans la même séance, opération d'*Emmet* et périnéorrhaphie ; la suture du col est faite au catgut ; la suture du périnée au fil d'argent : 4 points ; 3 fils de soie sur le vagin ; suites très simples ; aucune réaction.

Le 6<sup>e</sup> jour au soir, poussée hémorrhédaire et étranglement douloureux des veines au niveau du fil d'argent le plus élevé ; ce fil est retiré le soir même.

Le lendemain 5 avril : ablation de tous les fils d'argent. Réunion complète par première intention. Le périnée est parfaitement reconstitué.

Le 9. — *Examen* : tout est en parfait état. L'état général est parfait.

Opération double d'une extrême simplicité.

Les règles doivent revenir vers le 11 ou le 12. La malade gardera le lit jusqu'à la fin des règles. Il y aura lieu de voir, un peu plus tard, si elle devra porter un petit pessaire pour la réduction et la contention de l'utérus.

**Suites éloignées.** — Grossesse normale et accouchement facile à terme, depuis l'opération. Nouvelle rupture du périnée pour laquelle la malade n'a pas voulu subir d'opération.

#### OBSERVATION XIV (résumée).

*Ancienne déchirure bilatérale du col. — Métrite cervicale parenchymateuse. — Déchirure incomplète du périnée. — Curettage. — Opération de M. Bouilly. — Colpopérinéorrhaphie. — Guérison. — Résultats éloignés.*

Henriette F..., blanchisseuse, 24 ans, célibataire, entre dans le service de M. Bouilly, à l'hôpital Cochin, le 1<sup>er</sup> juillet 1895.

Père mort d'un cancer de l'estomac.

Toujours bien portante avant sa puberté, elle a été réglée à 12 ans 1/2, d'une façon normale.

Elle a eu quatre grossesses : à 16 ans 1/2, à 19, à 21 et à 23 ans.

C'est lors du premier accouchement où l'enfant s'est

présenté par le siège, qu'elle dit avoir été déchirée du périnée, et c'est à partir de ce moment que des ménorrhagies et un écoulement leucorrhéique abondant ont fait leur apparition. Ces troubles ont persisté, bien que les grossesses suivantes n'aient pas eu de suites pathologiques.

Au mois de mai dernier, à l'occasion de ses règles, la malade a éprouvé, pour la première fois, de violentes douleurs dans le côté gauche du bas-ventre, avec irradiations dans l'aine du même côté, rendant la marche à peu près impossible. Repos de huit jours au lit.

Les pertes blanches deviennent plus abondantes et décident la malade à entrer à l'hôpital.

Elle a eu ses dernières règles, dans le service, après un retard de quatre jours (ce qui, dit-elle, ne lui serait jamais arrivé), très abondantes, et accompagnées de caillots à la fin.

*Examen local.* — Déchirure incomplète du périnée n'atteignant pas le sphincter anal, et cystocèle très peu marquée. Utérus mobile, en situation normale; culs-de-sacs souples et annexes insensibles des deux côtés. Col gros, déchiré transversalement aux deux commissures et bourré de kystes glandulaires. Ectropion de la muqueuse endocervicale. La lèvre antérieure paraît être le siège principal des lésions; elle est très hypertrophiée; la lèvre postérieure ne paraît touchée qu'à sa partie centrale seulement. La cavité utérine mesure 7 centimètres 1/2.

*Diagnostic.* — Métrite cervicale parenchymateuse avec déchirure double du col et déchirure incomplète du périnée.

*Opération.* — 17 juillet. — Curettage. Opération de M. Bouilly et colpopérinéorrhaphie par le procédé de Simon-Hégar.

Le 19 juillet. — Ablation des fils d'argent du périnée.

Le 5 août. — Ablation des crins des parois vaginales.

Le 10 août. — *Exeat* ; périnée solide. La malade n'a pas encore eu ses règles qu'elle attendait vers le 2 août, mais déclare avoir des coliques utérines, depuis huit jours.

**Suites éloignées.** — Le 11 mai 1898, nous revoyons cette malade à Cochin. Elle nous dit qu'elle n'a plus de pertes blanches, que ses règles, qui duraient huit jours, avant son opération, ne durent plus que deux jours, depuis. Elle se sent très bien et continue son métier de blanchisseuse.

*Examen.* — M. Bouilly constate que l'état local est parfait : le col n'est pas gros et ne présente aucune trace de kystes glandulaires ; le canal cervical est facilement perméable. Le périnée est résistant, bien que cette femme ait des tissus très *mous*, et la vulve est fermée ; mais un point de la suture périnéale paraît avoir cédé, donnant ainsi une petite solution de continuité sans importance.

**RÉFLEXIONS.** — Cette jeune malade avait commencé à présenter l'invalidité qui frappe habituellement les femmes ayant à la fois de la métrite cervicale avec déchirure et des lésions du plancher périnéal. Il est certain que si on n'était pas intervenu à temps, par une opération bien comprise et remplissant toutes les indications, les troubles locaux se seraient considérablement aggravés et l'état général s'en serait forcément ressenti.

OBSERVATION XV (inédite).

(Due à l'obligeance de notre maître, M. BOUILLY.)

*Vaste déchirure du col. — Métrite cervicale avec pseudo-ulcération. — Déchirure vagino-périnéale. — Abaissement vaginal et utérin. — Curettage, opération d'Emmet, colpopérinéorrhaphie. — Guérison. — Résultats éloignés. — Grossesse et accouchement consécutifs.*

Mme X..., 27 ans, femme de taille moyenne, à muscles peu développés, mariée à 21 ans ; 1<sup>er</sup> accouchement laborieux terminé par le forceps à 23 ans ; 2<sup>e</sup> accouchement facile à 25 ans. Depuis cette époque, la malade ne s'est jamais trouvée bien : elle a une gêne constante dans le bas-ventre et les reins, une fatigue rapide par la marche et la station debout ; ses règles sont abondantes, prolongées, revenant tous les 25 jours ; elle perd constamment en blanc dans l'intervalle des règles et souvent la leucorrhée est teintée en rouge ou en rose par le sang.

A l'examen, il est facile de constater :

1<sup>o</sup> Une déchirure incomplète du vagin et du périnée, allant presque jusqu'à l'anus, avec prolapsus de la paroi vaginale antérieure qui bombe au moindre effort.

2<sup>o</sup> Un abaissement marqué de l'utérus dont l'orifice externe est à 4 centimètres environ de l'orifice vulvo-vaginal ;

3<sup>o</sup> Une large déchirure bilatérale du col, allant d'une commissure à l'autre et remontant à gauche jusqu'à l'insertion vaginale ; à ce niveau on sent une induration sus-vaginale douloureuse, se prolongeant vers la base du ligament large ; la muqueuse cervicale est éversée, rouge, vascularisée, recouverte de mucus et donnant l'aspect connu sous le nom d'*ulcération* du col ;

4<sup>o</sup> Le corps utérin est gros, facilement accessible dans

une large étendue de sa face antérieure, sensible au toucher, mesurant à l'hystéromètre 7 centimètres 1/2.

5° Le cul-de-sac postérieur est douloureux à la pression, non empâté ; les annexes des deux côtés paraissent saines.

La malade est pâle, languissante, triste, incapable de tout effort, présentant une tendance marquée à la neurasthénie.

23 et 24 mai 1894. -- Dilatation à la laminaire aseptique, sans incidents.

25. — Dans la même séance sous le chloroforme : a) *cuirettagé* de la cavité utérine qui ne contient qu'une muqueuse un peu épaissie, sans fongosités ;

b) *Opération d'Emmet* ; ablation étendue de deux lambeaux muqueux sur les deux lèvres avec conservation de la muqueuse sur la partie médiane ; réunion des parties avivées avec le catgut n° 2 et reconstitution très complète du col ;

c) Colpopérinéorrhaphie avec avivement étendu sur la muqueuse vaginale avec 5 points de suture aux crins de Florence ; restauration du périnée à l'aide de quatre sutures profondes au fil d'argent.

Les suites de l'opération sont simples et normales.

Mme L... eut encore besoin de tout l'été pour refaire son état général et réparer sa santé languissante ; avec le temps elle gagna peu à peu, reprit l'habitude de la marche et de la vie ordinaire ;

**Suites éloignées.**— Elle devint enceinte sur la fin de décembre 1894, eut une bonne grossesse et accoucha facilement à terme d'un enfant vivant le 27 août 1895.

Depuis son opération, et surtout dans les mois qui suivirent, cette jeune femme subit une véritable transformation dans sa santé et retrouva une vie facile et sans souffrance qu'elle avait perdue depuis longtemps.

OBSERVATION XVI.

*Métrite cervicale parenchymateuse. — Déchirure bilatérale du col. — Prolapsus utérin. — Curettage. — Opération de M. Bouilly. — Colpopérinéorrhaphie. — Guérison.*

La nommée L... âgée de 33 ans, domestique, entre à Cochin, dans le service de M. Bouilly, le 23 mars 1896.

Réglée à 16 ans régulièrement ; femme hystéro-épileptique ; une fausse couche ; puis un accouchement le 10 juin 1895, accouchement laborieux ayant nécessité une application de forceps. Enfant mort. Hémorrhagies abondantes. La malade est restée souffrante depuis cet accouchement. Elle est allée consulter le Dr Le Bec qui lui a trouvé de la métrite avec déchirure cervicale et du prolapsus.

*Examen.* — 25 mars 1896 : Vulve largement ouverte. Cystocèle peu marquée. Bride périnéale cicatricielle avec déchirure sous-muqueuse.

Col utérin avec déchirure bilatérale, les deux lèvres étant réduites à l'état de languettes aplaties ; toute la cavité cervicale est accessible au doigt ; orifice interne fermé.

Rien dans les annexes :

*Opération.* — Le 3 avril 1896 : Dilatation extemporanée de la cavité corporelle de l'utérus avec l'instrument de Sims.

*Curettage.* — La muqueuse utérine est remarquablement saine.

*Opération de M. Bouilly :* excision profonde de la muqueuse sur les deux lèvres, en conservant à la partie médiane une bandelette de muqueuse ; suture à points séparés au catgut.

Colpopérinéorrhaphie : avivement aux ciseaux courbes ;

crins de Florence dans le vagin et fils d'argent sur le périnée.

Agitation extrême de la malade au moment de l'opération qui a été pratiquée au sortir d'une attaque d'hystéro-épilepsie provoquée par le toucher vaginal.

Le soir de l'opération : t. 38°.

Le 4 *avril*, soir, t. 38°.

Le 5, matin, t. 37°. Ablation de la mèche iodoformée vaginale.

Le 10. — Ablation des fils d'argent ; plaie bien réunie. Température normale depuis 5 jours. La température de 38° que la malade a présentée pendant 2 jours après l'opération, paraît être due à l'attaque hystéro-épileptique qui a précédé immédiatement l'opération. La température est redevenue normale, aussitôt après la cessation des accidents névropathiques.

Le 23. — Ablation des crins de Florence profonds. Solidité remarquable du périnée. Cicatrisation complète du col.

Le 27. — La malade quitte l'hôpital.

Cicatrice linéaire, sans aucune dépression.

### Résumé et conclusions.

D'après des recherches récentes sur la musculature intrinsèque de l'utérus, le museau de tanche proprement dit, serait dépourvu de fibres musculaires et uniquement formé de *tissu conjonctif*.

Les déchirures dont le col est le siège, à la suite de certains accouchements, s'expliqueraient ainsi facilement par l'impossibilité où il se trouve de se prêter à une dilatation large et rapide, comme les orifices *musculaires*.

Ces déchirures, d'origine puerpérale, donnent souvent lieu à l'éclosion de la cervicite que nous avons étudiée, grâce à un double mécanisme pathogénique : 1° en agissant comme traumatismes et mettant ainsi le col en état de réceptivité morbide ; 2° en ouvrant la porte à l'infection, en tant que solutions de continuité.

Les lésions du plancher périnéal, coexistant avec des déchirures cervicales, sont une cause d'aggravation de tous les symptômes morbides.

Ce qui caractérise tout particulièrement l'affection dont nous nous sommes occupé, c'est, outre l'hypertrophie des lèvres cervicales plus ou moins « retroussées » et bourrées de kystes glandulaires, la présence, à leur surface, d'une pseudo-ulcération qui peut donner au col deux aspects cliniques différents.

Des préparations extemporanées et des ensemencements, faits avec le contenu des kystes glandulaires de deux cols excisés, n'ont permis de déceler la trace d'aucun microbe.

Des coupes histologiques de ces mêmes cols ont constamment montré qu'ils ne contenaient *pas de fibres musculaires*, mais simplement du tissu conjonctif.

La cervicite consécutive à la déchirure est principalement confondue avec le cancer du col, à cause de la pseudo-ulcération à laquelle elle donne lieu si souvent.

Elle est susceptible d'entraîner des complications multiples et parfois fort graves, par suite de la déformation ou de la cicatrisation vicieuse des lèvres cervicales.

Son traitement, médical, dans les cas simples et légers, sera le plus souvent chirurgical, mais conservateur. On n'oubliera jamais l'examen du périnée et sa restauration, s'il y a lieu.

Les contre-indications du traitement chirurgical sont celles du simple curettage.

---

Vu :

Le Président de la thèse,  
PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen,  
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.

---

## BIBLIOGRAPHIE (1)

---

- Acconci.** — Contribution à l'étude de l'anatomie et de la physiologie de l'utérus gravide. *Archives de tocologie*, 1890, p. 799.
- Appert.** — Diagnostic et traitement des métrites blennorrhagiques. *Semaine gynécologique*, 31 mars 1896.
- Bouilly.** — Déchirure et ulcération du col de l'utérus. *Semaine médicale*, 5 septembre 1888, p. 345.
- De l'endométrite cervicale glandulaire et de son traitement chirurgical. *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1893, p. 113.
- De la métrite associée au prolapsus. *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1894, p. 365.
- Symptômes et traitement des rétrodéviations mobiles. *Congrès de gynécologie de Bordeaux*, 1895.
- Le curettage de l'utérus. *Bulletin de thérapeutique*, 1895, T. 129, p. 97.
- Note sur la pathogénie des affections péri-utérines. *Semaine gynécologique*, 4 février 1896.
- Des hypertrophies glandulaires localisées du col utérin. *Semaine gynécologique*, 5 juillet 1898.
- Breisky.** — *Allg. Wien. med. Zeitschr.*, 1882, n° 52.
- Cadiergues.** — Contribution à l'étude des déchirures obstétricales du col. Thèse de Paris, 1892.
- Cornil.** — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites. *Journal des Connaissances médicales*, 1888, p. 91.
- Courty.** — Article « Métrite ». *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 387.
- Delbet.** — Des métrites. *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VIII, p. 360.
- Döderlein.** — Über die Histogenese der Erosionen der Portio vaginalis. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 6, p. 99.

(1) Cet index bibliographique a été presque exclusivement réservé aux auteurs cités au cours de ce travail. Nous n'avons pas cru devoir le surcharger inutilement par l'énumération d'une foule d'autres ouvrages que nous avons consultés et dont tous les traités de gynécologie font mention.

- Dolérís.** — Déchirure bilatérale du col chez une femme enceinte. Opération d'Emmet sans trouble de la grossesse. *Congrès médical de Washington*, septembre 1887. In *Répertoire universel de gynécologie et d'obst.*, 1888, p. 137.
- Dolérís.** — Société obstétricale et gynécologique de Paris. Discussion sur le cancer du col utérin. *Bulletin médical*, 6 février 1889, p. 169.
- Dolérís et Bonnet.** — Pathologie et thérapeutique du col utérin. *Nouvelles archives d'obst. et de gynec.*, 1888, p. 451.
- Ducasse.** — *De la conception, de la grossesse et de l'accouchement après la trachélorrhaphie et l'amputation du col de l'utérus.* Thèse de Paris, 1889.
- Emmet.** — *La pratique des maladies des femmes.* Traduction OLIVIER, 1887, p. 451.
- Fieux.** — *Etude histologique de la musculature intrinsèque de l'utérus.* Bordeaux, Delmas, éditeur, 1897, et *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux, 3 octobre 1897, p. 476.
- Fischel.** — Die Erosion und das Ectropium. *Centr. f. Gyn.*, 1880, p. 425 et 585.
- Grandmaison (de).** — Des métrites. *Gazette des hôpitaux*, 8 mars 1890, p. 265.
- Guéniot.** — Société obstétricale et gynécologique de Paris. Discussion sur le cancer du col utérin. *Bulletin médical*, 1889, 6 février, p. 169.
- Hart et Barbour.** — De la lacération du col. *Annales de gynécologie*, 1883. Traduction de RODET.
- Hofmeier.** — *Das Uterinsegment in anatomischer und physiologischer Beziehung*, 1886.
- H. Klotz.** — *Gynækol. Studien.* Wien, 1879.
- Laroyenne.** — Des métrites chroniques compliquées d'inflammation péri-utérine. *Semaine médicale*, 1886, p. 314.
- Mundé.** — *Amer. Journal of obst.*, juillet 1896, p. 1. vol. XXXIV.
- Olshausen.** — Zur Path. der Cervicalrisse. *Centr. f. Gyn.*, 1877, n° 13, p. 233.
- Pescher.** — *Opération de Schræder.* Thèse de Paris, 1891.
- Peraire.** — *Endométrites infectieuses.* Thèse de Paris, 1889, p. 15.  
— De la musculature intrinsèque de l'utérus. *Semaine gynécologique*, 9 nov. 1897.
- Pichevin.** — Amputation du col et accouchement. *Semaine gynécologique*, 1<sup>er</sup> février 1898.
- Pilliet et Souligoux.** — Métrite parenchymateuse hémorragique. *Progrès médical*, 8 mai 1897, p. 289.
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie*, 1897. MASSON, édit.  
— Des métrites. *Médecine moderne*, 1890, p. 645.
- Raffray.** — *Des métrites. Considérations cliniques.* Thèse de Paris, 1895.

- P. Reynier.** — Traitement des métrites. *Semaine gynécologique*, 7 juin 1898.
- Roser.** — Das Ectropium am Muttermund. *Arch. der Heilkunde*, 1881, t. II, p. 97.
- Ruge et Veit.** — Zur Path. der Vaginalportion. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1878, Bd. II, p. 415 et 1882, Bd. VIII, p. 405.
- Schulze.** — Zur Aetologie und Prophylaxie der Genitalkrankungen des Weibes. *Wiener med. Blatter*, 1882, n° 52.
- Sinétý (de).** — Article « Utérus » (Pathologie). *Dictionnaire Encyclopédique des sc. médicales*.
- Stroganoff.** — Dissertation de St-Pétersbourg 1893 en (russe). *Centr. f. Gyn.*, 1893, n° 40, p. 935.
- Taurin.** — Du rétrécissement cicatriciel du col de l'utérus au point de vue de l'accouchement. Thèse de Paris, 1895.
- Terrillon.** — Ulcération du col de l'utérus. *Bulletin médical*, 6 novembre 1889, p. 1356.
- Testut.** — *Traité d'anatomie descriptive*, p. 1083.
- Tourneux et Hermann.** — Article « Utérus » (anatomie). *Dictionnaire encyclopédique des sc. médicales*.
- Tyler-Smith.** — *Med. Chir. Transact.*, 1852, XXXV, p. 398.
- Varnier.** — Le col et le segment inférieur de l'utérus, etc. *Annales de gyn.*, 1887, p. 56.
- Waldeyer.** — *Medianschitt einer Hochschwangeren bei Steisslage des Fötus*, 1886.
- Winter.** — Die Mikroorganismen im Genitalcanal den gesunden Frau. *Zeitschr. f. Geb. in Gyn.*, XV, 2, p. 443.
-



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                  | Pages |
|------------------------------------------------------------------|-------|
| AVANT-PROPOS. . . . .                                            | 5     |
| INTRODUCTION. . . . .                                            | 9     |
| CHAPITRE PREMIER                                                 |       |
| De quelques particularités histologiques du col utérin . . . . . | 41    |
| CHAPITRE II                                                      |       |
| Etiologie et pathogénie . . . . .                                | 47    |
| CHAPITRE III                                                     |       |
| Symptomatologie : signes fonctionnels . . . . .                  | 25    |
| — : signes physiques. . . . .                                    | 32    |
| CHAPITRE IV                                                      |       |
| Diagnostic. . . . .                                              | 47    |
| CHAPITRE V                                                       |       |
| Complications . . . . .                                          | 55    |
| CHAPITRE VI                                                      |       |
| Traitement . . . . .                                             | 57    |
| Contre-indications . . . . .                                     | 66    |
| CHAPITRE VII                                                     |       |
| Anatomie pathologique. — Bactériologie . . . . .                 | 68    |
| OBSERVATIONS. . . . .                                            | 74    |
| RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS . . . . .                                  | 99    |
| INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. . . . .                                   | 100   |





---

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier.

---